



**SORAIA DOS SANTOS CARVALHO AVALIAÇÃO DA SATISFAÇÃO DOS UTENTES DO
CENTRO HOSPITALAR DO BAIXO VOUGA NA
QUALIDADE DOS SERVIÇOS PRESTADOS**



SORAIA DOS SANTOS CARVALHO **AVALIAÇÃO DA SATISFAÇÃO DOS UTENTES DO
CENTRO HOSPITALAR DO BAIXO VOUGA NA
QUALIDADE DOS SERVIÇOS PRESTADOS**

Relatório de Estágio apresentado à Universidade de Aveiro para cumprimento dos requisitos necessários à obtenção do grau de Mestre em Administração e Gestão Pública, realizado sob a orientação científica do Doutor Gonçalo Alves de Sousa Santinha, Professor Auxiliar do Departamento de Ciências Sociais, Políticas e do Território da Universidade de Aveiro e da Doutora Ana Isabel Pires Beato Alves de Melo, Professora Adjunta da Escola Superior de Tecnologia e Gestão de Águeda.

A meus pais e avós.

o júri

Presidente

Prof.^a Doutora Sara Margarida Alpendre Diogo
Professora Auxiliar Convidada, Universidade de Aveiro

Prof.^a Doutora Maria Cristina Machado Guimarães
Professora Convidada, Universidade Católica

Prof. Doutor Gonçalo Alves de Sousa Santinha
Professor Auxiliar, Universidade de Aveiro

agradecimentos

Aos meus pais, Dina e Fernando, pelo amor, pelos valores, pela educação e pelo incentivo à formação. Aos meus avós, Olivia e Mário, Noémia e Joaquim, pelo carinho de sempre, pelo amparo e pelo encorajamento a uma instrução que, noutros tempos, lhes foi vedada. Agradeço-vos o que sou e o que tenho. Aos meus primos, Diogo, Raquel e Joana, agradeço, sobretudo, a fraternidade. Que cresçam felizes e que tenham sempre possibilidade de mostrar quem são e o quanto valem! Nasci em berço de ouro pois, para mim, sois o exemplo máximo, enquanto pessoas e enquanto família. Que sempre tenham orgulho em ver-me crescer, quer como profissional quer como ser-humano.

Aos meus amigos, um pedido de desculpa pela ausência. Sou grata por toda a compreensão e pelo apoio ao longo de mais esta jornada académica que, com muitos de vós, partilho. Obrigada por serem também família e por estarem sempre a meu lado!

Aos meus colegas de mestrado e, em especial, à Natália, agradeço a solidariedade e companheirismo. Que o futuro vos sorria!

Ao Conselho de Administração do Centro Hospitalar do Baixo Vouga, em especial, à Dr.^a Rosa Tomás, presto agradecimento pela possibilidade de realização do Estágio no Hospital e por toda a sua disponibilidade, preocupação e atento acompanhamento ao longo do mesmo. O meu bem-haja!

A todas as profissionais do Gabinete de Comunicação, agradeço profundamente a pronta recepção, a transmissão de conhecimentos teóricos e práticos e, sobretudo, de valores, a confiança em mim depositada, o cuidado e a partilha e, principalmente, a amizade. Rosinha, Patrícia, Daniela e Dr.^a Catarina, este trabalho é tão meu quanto vosso!

Ao Gabinete de Formação, aos Directores de Serviço e à Comissão de Ética, agradeço a autorização para a aplicação dos Inquéritos de Satisfação aos utentes e a todas as profissionais da Consulta Externa, presto agradecimento pela simpatia, colaboração e pronta ajuda, aquando da aplicação dos mesmos. A todos os profissionais do Hospital, o meu sincero agradecimento. Que o profissionalismo continue a imperar no desempenho das vossas funções!

Aos utentes do Centro Hospitalar, agradeço a disponibilidade de participação no referido instrumento de avaliação da qualidade e faço votos de rápidas melhoras.

E, por fim, mas nem por isso menos sentido, não posso deixar de prestar um enorme agradecimento ao meu orientador, professor Gonçalo Santinha e à minha co-orientadora, professora Ana Melo, pela orientação, dedicação, disponibilidade e auxílio prestados aquando da elaboração do presente Relatório de Estágio. Que a excelência do vosso trabalho seja sempre reconhecida!

palavras-chave

Avaliação, Centro Hospitalar do Baixo Vouga, Qualidade, Satisfação, SERVQUAL, Serviços, Saúde.

resumo

Discutindo-se, no contexto actual, a importância do desenvolvimento contínuo da Qualidade no domínio da Administração e Gestão Pública, o presente Relatório decorre da realização de um Estágio Curricular no Gabinete de Comunicação do Centro Hospitalar do Baixo Vouga, centrado na temática da Gestão da Qualidade em Serviços e, mais concretamente, na área da Saúde. Para a sua realização contribuíram os conhecimentos obtidos através da conjugação da realização do Mestrado, de uma revisão bibliográfica sobre a temática, das competências adquiridas no decorrer do Estágio e de uma investigação desenvolvida na entidade de acolhimento. O principal objectivo do estudo centra-se na avaliação da satisfação dos utentes, através do uso da ferramenta básica da qualidade SERVQUAL, desenvolvida inicialmente por Parasuraman et al. (1988). Este instrumento pretende avaliar a qualidade dos serviços prestados, através da análise das expectativas e percepções dos utentes, ambicionando a garantia e melhoria contínua da prestação de cuidados, como crucial finalidade de um sistema de saúde. Abraçado o desafio da Qualidade, foi desenvolvido um Inquérito destinado a investigar expectativas e percepções de utentes de primeira consulta de especialidade. Os resultados foram analisados de forma global, por género, faixa etária e especialidade médica. Embora a realização do serviço tenha sido alvo de percepções elevadas por parte dos utentes, evidenciou-se uma sua não satisfação em relação aos cuidados prestados, na medida em que a realização do serviço ficou aquém das suas expectativas, também elas elevadas. Cumpre destacar a validade e utilidade do instrumento da avaliação em causa como ferramenta de gestão e mudança e o manifesto interesse e motivação da organização hospitalar na avaliação da qualidade dos cuidados prestados e satisfação dos seus utentes.

keywords

Centro Hospitalar do Baixo Vouga, Evaluation, Health, Quality, Satisfaction, Services, SERVQUAL.

abstract

Departing from the importance of Quality in the field of Public Administration and Management, this Report is the result of a curricular internship in the Communication Office of the Hospital Center of Baixo Vouga. The knowledge obtained through the combination of the Master's degree, a literature review on the subject, the skills acquired during the Internship contributed to the accomplishment of this report. The main objective of the study is to evaluate user's satisfaction through the use of SERVQUAL, a tool developed initially by Parasuraman et al. (1988). This instrument intends to evaluate the quality of the services provided, through the analysis of the expectations and perceptions of the users, aiming the guarantee and continuous improvement of the provision of care, as a crucial purpose of a health system. With the Quality challenge in mind, a survey was developed to analyse the expectations and perceptions of users of the first doctor's appointment. The results were analyzed globally, by gender, age and medical specialty. Although the performance of the service has been subject to high perceptions by users, findings show a lack of satisfaction with the care provided, as the performance of the service fell short of their expectations, which were also high. It is important to highlight the validity and usefulness of the evaluation instrument in question as a management and change tool and the manifest interest and motivation of the hospital organization in assessing the quality of care provided and the satisfaction of its users.

Por preferência da autora, o presente Relatório de Estágio não se encontra em conformidade com o Acordo Ortográfico da Língua Portuguesa de 1990, em vigor desde 2009 .

ÍNDICE

INTRODUÇÃO

- 1. Pertinência do tema e objectivos do Relatório de Estágio pág.: 7
- 2. Abordagem metodológica pág.: 10
- 3. Organização do Relatório de Estágio pág.: 14

PARTE I – Enquadramento teórico-conceptual

- 1. Qualidade dos Serviços pág.: 16
 - 1.1. Conceito e evolução histórica de “qualidade” pág.: 16
 - 1.2. A qualidade na Administração Pública pág.: 22
 - 1.3. A qualidade no caso particular dos Serviços de Saúde pág.: 27
- 2. Qualidade dos serviços e sua avaliação de acordo com o nível de satisfação dos agentes pág.: 30
- 3. Ferramentas de avaliação da qualidade pág.: 32
 - 3.1. Uma perspectiva global pág.: 32
 - 3.2. O caso particular do SERVQUAL pág.: 35

PARTE II – Trabalho Empírico

- 1. Estágio pág.: 41
 - 1.1. Apresentação da Entidade de Acolhimento: o Centro Hospitalar do Baixo Vouga, E.P.E. pág.: 41
 - 1.2. O Gabinete de Comunicação pág.: 47
 - 1.3. Actividades desenvolvidas no âmbito do Estágio pág.: 48
- 2. Metodologia pág.: 51
- 3. Apresentação, análise e discussão de resultados pág.: 55

3.1. O actual instrumento de avaliação da satisfação dos utentes do Centro Hospitalar do Baixo Vouga	pág.: 55
3.2. A perspectiva dos Decisores-Chave do Centro Hospitalar do Baixo Vouga	pág.: 57
3.3. A avaliação da satisfação dos utentes do Centro Hospitalar do Baixo Vouga	pág.: 60
3.3.1. O Inquérito de Satisfação do Utente segundo o modelo SERVQUAL	pág.: 60
3.3.2. Apresentação e análise de resultados	pág.: 61
3.4. Discussão de resultados	pág.: 121
CONCLUSÕES	
1. Reflexões finais	pág.: 130
2. Limitações do estudo e pistas para investigações futuras	pág.: 134
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	pág.: 137
ANEXOS	pág.: 142

Lista de Gráficos

Gráfico n.º 1 – “Análise das Expectativas e das Percepções por Questão”	pág.: 65
Gráfico n.º 2 – “Análise do GAP por Questão”	pág.: 66
Gráfico n.º 3 – “Análise das Expectativas e das Percepções por Dimensão”	pág.: 67
Gráfico n.º 4 – “Análise do GAP por Dimensão”	pág.: 68
Gráfico n.º 5 – “Análise das Expectativas e das Percepções por Questão”	pág.: 69
Gráfico n.º 6 – “Análise do GAP por Questão”	pág.: 70
Gráfico n.º 7 – “Análise das Expectativas e das Percepções por Dimensão”	pág.: 71
Gráfico n.º 8 – “Análise do GAP por Dimensão”	pág.: 72
Gráfico n.º 9 – “Análise das Expectativas e das Percepções por Questão”	pág.: 73
Gráfico n.º 10 – “Análise do GAP por Questão”	pág.: 74
Gráfico n.º 11 – “Análise das Expectativas e das Percepções por Dimensão”	pág.: 75
Gráfico n.º 12 – “Análise do GAP por Dimensão”	pág.: 76
Gráfico n.º 13 – “Análise das Expectativas e das Percepções por Questão”	pág.: 77
Gráfico n.º 14 – “Análise do GAP por Questão”	pág.: 78
Gráfico n.º 15 – “Análise das Expectativas e das Percepções por Dimensão”	pág.: 79
Gráfico n.º 16 – “Análise do GAP por Dimensão”	pág.: 80
Gráfico n.º 17 – “Análise das Expectativas e das Percepções por Questão”	pág.: 81
Gráfico n.º 18 – “Análise do GAP por Questão”	pág.: 82
Gráfico n.º 19 – “Análise das Expectativas e das Percepções por Dimensão”	pág.: 83
Gráfico n.º 20 – “Análise do GAP por Dimensão”	pág.: 84
Gráfico n.º 21 – “Análise das Expectativas e das Percepções por Questão”	pág.: 85
Gráfico n.º 22 – “Análise do GAP por Questão”	pág.: 86
Gráfico n.º 23 – “Análise das Expectativas e das Percepções por Dimensão”	pág.: 87
Gráfico n.º 24 – “Análise do GAP por Dimensão”	pág.: 88
Gráfico n.º 25 – “Análise das Expectativas e das Percepções por Questão”	pág.: 89
Gráfico n.º 26 – “Análise do GAP por Questão”	pág.: 90
Gráfico n.º 27 – “Análise das Expectativas e das Percepções por Dimensão”	pág.: 91
Gráfico n.º 28 – “Análise do GAP por Dimensão”	pág.: 92
Gráfico n.º 29 – “Análise das Expectativas e das Percepções por Questão”	pág.: 93
Gráfico n.º 30 – “Análise do GAP por Questão”	pág.: 94
Gráfico n.º 31 – “Análise das Expectativas e das Percepções por Dimensão”	pág.: 95
Gráfico n.º 32 – “Análise do GAP por Dimensão”	pág.: 96
Gráfico n.º 33 – “Análise das Expectativas e das Percepções por Questão”	pág.: 97
Gráfico n.º 34 – “Análise do GAP por Questão”	pág.: 98
Gráfico n.º 35 – “Análise das Expectativas e das Percepções por Dimensão”	pág.: 99
Gráfico n.º 36 – “Análise do GAP por Dimensão”	pág.: 100
Gráfico n.º 37 – “Análise das Expectativas e das Percepções por Questão”	pág.: 101
Gráfico n.º 38 – “Análise do GAP por Questão”	pág.: 102
Gráfico n.º 39 – “Análise das Expectativas e das Percepções por Dimensão”	pág.: 103

Gráfico n.º 40 – “Análise do GAP por Dimensão”	pág.: 104
Gráfico n.º 41 – “Análise das Expectativas e das Percepções por Questão”	pág.: 105
Gráfico n.º 42 – “Análise do GAP por Questão”	pág.: 106
Gráfico n.º 43 – “Análise das Expectativas e das Percepções por Dimensão”	pág.: 107
Gráfico n.º 44 – “Análise do GAP por Dimensão”	pág.: 108
Gráfico n.º 45 – “Análise das Expectativas e das Percepções por Questão”	pág.: 109
Gráfico n.º 46 – “Análise do GAP por Questão”	pág.: 110
Gráfico n.º 47 – “Análise das Expectativas e das Percepções por Dimensão”	pág.: 111
Gráfico n.º 48 – “Análise do GAP por Dimensão”	pág.: 112
Gráfico n.º 49 – “Análise das Expectativas e das Percepções por Questão”	pág.: 113
Gráfico n.º 50 – “Análise do GAP por Questão”	pág.: 114
Gráfico n.º 51 – “Análise das Expectativas e das Percepções por Dimensão”	pág.: 115
Gráfico n.º 52 – “Análise do GAP por Dimensão”	pág.: 116
Gráfico n.º 53 – “Análise das Expectativas e das Percepções por Questão”	pág.: 117
Gráfico n.º 54 – “Análise do GAP por Questão”	pág.: 118
Gráfico n.º 55 – “Análise das Expectativas e das Percepções por Dimensão”	pág.: 119
Gráfico n.º 56 – “Análise do GAP por Dimensão”	pág.: 120
Gráfico n.º 57 – “Análise dos valores médios das Expectativas”	pág.: 128
Gráfico n.º 58 – “Análise dos valores médios das Percepções”	pág.: 128

Lista de Figuras

Figura n.º 1 – “Os principais Teóricos da Qualidade”	pág.: 18
Figura n.º 2 – “O SERVQUAL de Parasuraman <i>et al.</i> – Expectativas”	pág.: 37
Figura n.º 3 – “O SERVQUAL de Parasuraman <i>et al.</i> – Percepções”	pág.: 38
Figura n.º 4 – “Organigrama do Centro Hospitalar do Baixo Vouga”	pág.: 47
Figura n.º 5 – “Alfa de Cronbach – Expectativas”	pág.: 63
Figura n.º 6 – “Alfa de Cronbach – Percepções”	pág.: 63

Lista de Tabelas

Tabela n.º 1 – “Evolução do conceito de qualidade”	pág.: 19
Tabela n.º 2 – “Qualidade nos sectores privado e público”	pág.: 24
Tabela n.º 3 – “Serviços inquiridos no inquérito aplicado pelo hospital”	pág.: 56
Tabela n.º 4 – “Questões do Inquérito”	pág.: 61
Tabela n.º 5 – “Caracterização da amostra”	pág.: 62
Tabela n.º 6 – “Análise das Expectativas e das Percepções por Questão”	pág.: 65
Tabela n.º 7 – “Análise do GAP por Questão”	pág.: 66
Tabela n.º 8 – “Análise das Expectativas e das Percepções por Dimensão”	pág.: 67
Tabela n.º 9 – “Análise do GAP por Dimensão”	pág.: 68
Tabela n.º 10 – “Análise das Expectativas e das Percepções por Questão”	pág.: 69

Tabela n.º 11 – “Análise do GAP por Questão”	pág.: 70
Tabela n.º 12 – “Análise das Expectativas e das Percepções por Dimensão”	pág.: 71
Tabela n.º 13 – “Análise do GAP por Dimensão”	pág.: 72
Tabela n.º 14 – “Análise das Expectativas e das Percepções por Questão”	pág.: 73
Tabela n.º 15 – “Análise do GAP por Questão”	pág.: 74
Tabela n.º 16 – “Análise das Expectativas e das Percepções por Dimensão”	pág.: 75
Tabela n.º 17 – “Análise do GAP por Dimensão”	pág.: 76
Tabela n.º 18 – “Análise das Expectativas e das Percepções por Questão”	pág.: 77
Tabela n.º 19 – “Análise do GAP por Questão”	pág.: 78
Tabela n.º 20 – “Análise das Expectativas e das Percepções por Dimensão”	pág.: 79
Tabela n.º 21 – “Análise do GAP por Dimensão”	pág.: 80
Tabela n.º 22 – “Análise das Expectativas e das Percepções por Questão”	pág.: 81
Tabela n.º 23 – “Análise do GAP por Questão”	pág.: 82
Tabela n.º 24 – “Análise das Expectativas e das Percepções por Dimensão”	pág.: 83
Tabela n.º 25 – “Análise do GAP por Dimensão”	pág.: 84
Tabela n.º 26 – “Análise das Expectativas e das Percepções por Questão”	pág.: 85
Tabela n.º 27 – “Análise do GAP por Questão”	pág.: 86
Tabela n.º 28 – “Análise das Expectativas e das Percepções por Dimensão”	pág.: 87
Tabela n.º 29 – “Análise do GAP por Dimensão”	pág.: 88
Tabela n.º 30 – “Análise das Expectativas e das Percepções por Questão”	pág.: 89
Tabela n.º 31 – “Análise do GAP por Questão”	pág.: 90
Tabela n.º 32 – “Análise das Expectativas e das Percepções por Dimensão”	pág.: 91
Tabela n.º 33 – “Análise do GAP por Dimensão”	pág.: 92
Tabela n.º 34 – “Análise das Expectativas e das Percepções por Questão”	pág.: 93
Tabela n.º 35 – “Análise do GAP por Questão”	pág.: 94
Tabela n.º 36 – “Análise das Expectativas e das Percepções por Dimensão”	pág.: 95
Tabela n.º 37 – “Análise do GAP por Dimensão”	pág.: 96
Tabela n.º 38 – “Análise das Expectativas e das Percepções por Questão”	pág.: 97
Tabela n.º 39 – “Análise do GAP por Questão”	pág.: 98
Tabela n.º 40 – “Análise das Expectativas e das Percepções por Dimensão”	pág.: 99
Tabela n.º 41 – “Análise do GAP por Dimensão”	pág.: 100
Tabela n.º 42 – “Análise das Expectativas e das Percepções por Questão”	pág.: 101
Tabela n.º 43 – “Análise do GAP por Questão”	pág.: 102
Tabela n.º 44 – “Análise das Expectativas e das Percepções por Dimensão”	pág.: 103
Tabela n.º 45 – “Análise do GAP por Dimensão”	pág.: 104
Tabela n.º 46 – “Análise das Expectativas e das Percepções por Questão”	pág.: 105
Tabela n.º 47 – “Análise do GAP por Questão”	pág.: 106
Tabela n.º 48 – “Análise das Expectativas e das Percepções por Dimensão”	pág.: 107
Tabela n.º 49 – “Análise do GAP por Dimensão”	pág.: 108
Tabela n.º 50 – “Análise das Expectativas e das Percepções por Questão”	pág.: 109

Tabela n.º 51 – “Análise do GAP por Questão”	pág.: 110
Tabela n.º 52 – “Análise das Expectativas e das Percepções por Dimensão”	pág.: 111
Tabela n.º 53 – “Análise do GAP por Dimensão”	pág.: 112
Tabela n.º 54 – “Análise das Expectativas e das Percepções por Questão”	pág.: 113
Tabela n.º 55 – “Análise do GAP por Questão”	pág.: 114
Tabela n.º 56 – “Análise das Expectativas e das Percepções por Dimensão”	pág.: 115
Tabela n.º 57 – “Análise do GAP por Dimensão”	pág.: 116
Tabela n.º 58 – “Análise das Expectativas e das Percepções por Questão”	pág.: 117
Tabela n.º 59 – “Análise do GAP por Questão”	pág.: 118
Tabela n.º 60 – “Análise das Expectativas e das Percepções por Dimensão”	pág.: 119
Tabela n.º 61 – “Análise do GAP por Dimensão”	pág.: 120
Tabela n.º 62 – “Análise dos resultados obtidos”	pág.: 121
Tabela n.º 63 – “Análise dos resultados por ordem de satisfação”	pág.: 123
Tabela n.º 64 – “Utilização do SERVQUAL em estudos nacionais e internacionais”	pág.: 124
Tabela n.º 65 – “O utente tipo”	pág.: 127

Lista de Siglas

CHBV – Centro Hospitalar do Baixo Vouga, E. P. E.

TQM – *Total Quality Management*

OCDE – Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico

ACSA – *Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucía*

INTRODUÇÃO

1. Pertinência do tema e objectivos do Relatório de Estágio

Ao longo dos tempos, a Administração Pública tem vindo a ser alvo de profundas alterações que têm conduzido à adopção de medidas potenciadoras da sua desburocratização e criadoras de maior transparência e proximidade nas relações que estabelece com os cidadãos. Neste sentido, e dada a notória preocupação dos sucessivos governos na elaboração de políticas orientadas para o cidadão, a Administração Pública tem-se concentrado na eficiência da provisão de serviços à população, quer por via dos ideais da Nova Gestão Pública, quer devido ao contexto económico actual ou ainda às constantes pressões dos cidadãos (Madureira, 2015; Nunes, 2012).

Concomitantemente, as reformas da Administração Pública estenderam-se ao sector da saúde, também estas assentes numa gestão centrada no utente (Nunes & Harfouche, 2015), que em Portugal vê o direito à protecção da sua saúde consagrado no artigo 64º da Constituição da República. O Estado salvaguarda, assim, o direito à protecção da saúde e, através da Lei n.º 56/79, de 15 de Setembro, institui uma rede de instituições e serviços prestadores de cuidados globais de saúde a toda a população, financiada através de impostos (Serviço Nacional de Saúde, 2016), que tem como principal objectivo promover o acesso e a prestação de cuidados de saúde com a melhor qualidade possível (Escoval, Fernandes, Matos & Lívio, 2010). Assim sendo, a procura da qualidade nos serviços públicos e a satisfação das necessidades dos utentes passam a dominar a agenda política como elementos fulcrais na avaliação e gestão dos sistemas de saúde (Lima, 2015), apresentando-se como prioridades nos planos nacionais de saúde (Campos, Saturno & Carneiro, 2010).

O conceito de qualidade e as metodologias que lhe estão associadas disseminaram-se a partir do meio industrial por autores como Deming (1986), Juran (1979) ou Ishikawa (1985) e foram adaptados à saúde, nomeadamente por Avedis Donabedian (Campos *et al.*, 2010). No entanto, a preocupação com a qualidade nos cuidados de saúde atravessa toda a história da Medicina sendo que, em 1990, o *Institute of Medicine* definiu qualidade em saúde como “o grau em que os serviços de saúde para os indivíduos e populações aumentam a probabilidade de se atingirem os resultados de saúde desejados de acordo com o conhecimento profissional corrente” (Campos *et al.*,

2010:12). Portanto, a par da evolução da prática da Medicina, os prestadores de cuidados de saúde têm-se preocupado com a melhoria de desempenho, uma vez que a sociedade tem mostrado expectativas mais elevadas relativamente à forma como estes são prestados pelas entidades, exigindo maior transparência na informação sobre o seu desempenho, maior regulação e participação nas decisões (Campos *et al.*, 2010), num ambiente em que o desafio se prende com a gestão sustentável das instituições e a satisfação dos utentes (Cabete, Lencastre, Apetato & Paiva Lopes, 2012).

Tendo em conta que se frequenta uma área de estudos relativa à Administração e Gestão Pública e que se vivem actualmente tempos de particular crise económica e degradação das organizações, a problemática da gestão da qualidade em serviços e aplicação de suas técnicas e métodos surge oportunamente, uma vez que as abordagens se têm centrado em áreas de gestão e desenvolvimento organizacional. Assim, afigura-se pertinente investigar os consideráveis ganhos com a aplicação destas mesmas ferramentas e metodologias da qualidade, considerando o seu potencial de melhoria (Rosa, Moura e Sá & Sarrico, 2014).

De facto, os resultados em saúde dependem da qualidade dos serviços prestados (Campos *et al.*, 2010) e pode afirmar-se que, nos últimos anos, a preocupação com a qualidade dos serviços tem aumentado, sendo que, manifestamente, a satisfação dos utentes tem sido vista como um legítimo indicador de qualidade. Portanto, conhecer e analisar a satisfação dos utentes parece indispensável à monitorização da qualidade, reorganização e melhoria contínua dos serviços de saúde (Pinto & Silva, 2013).

Neste sentido, cumpre referir que será esta a temática sobre a qual incidirá este trabalho, a ser desenvolvido em contexto de estágio, designadamente, no Centro Hospitalar do Baixo Vouga, E.P.E. Considerando as características de um local de estágio como este e o propósito último e permanente da gestão da qualidade que é a melhoria (Rosa *et al.*, 2014), apresenta-se como importante e principal objectivo deste Relatório de Estágio a avaliação da satisfação dos utentes em relação à qualidade dos serviços prestados pela organização em causa.

Para tal, será especificamente necessário, numa primeira fase e através de um ponto de vista teórico-conceptual, compreender a temática da gestão da qualidade, mais concretamente em serviços públicos e no domínio dos cuidados de saúde (apresentando e analisando-se os modelos ou ferramentas que permitem avaliar o nível de satisfação dos utentes).

Relativamente ao exposto, tem-se afirmado que em Portugal não existe uma cultura de avaliação da qualidade dos cuidados de saúde, sua variabilidade e mudanças implementadas (Campos *et al.*, 2010) mas há, de facto, hospitais que procuram já desenvolver mecanismos de melhoria. No entanto, apesar da investigação realizada nas últimas décadas sobre qualidade na área da saúde, pouco é ainda o que se conhece sobre a efectividade das metodologias de melhoria e, especialmente, sobre quais as ferramentas mais efectivas na melhoria dos resultados em saúde (França *et al.*, 2014).

De um ponto de vista empírico, será fundamental perceber, desde logo, se na organização está a ser implementado algum sistema ou se está a fazer-se uso de algum instrumento de avaliação da qualidade dos serviços prestados e, neste sentido, detectar suas possíveis vantagens e limitações.

Nesta lógica, à luz das ferramentas conhecidas, o objectivo último deste trabalho envolverá a concepção de um instrumento de avaliação da qualidade adequado ao contexto organizacional, cuja sua aplicação permitirá aferir se os utentes do Centro Hospitalar do Baixo Vouga, E.P.E. estão efectivamente satisfeitos com os serviços prestados.

2. Abordagem Metodológica

“O objectivo da investigação científica é não só descobrir e descrever acontecimentos e fenómenos, mas também explicar e compreender por que razões tais fenómenos ocorrem.” (Jesuíno, 1989:215).

O processo de investigação, sistemático e rigoroso, conduz à aquisição de novos conhecimentos (Sousa & Baptista, 2011). Assim, a investigação científica apresenta-se como um inquérito sistemático, visando fornecer informação para a resolução de problemas ou dar resposta a questões complexas.

Neste sentido, deverá seguir-se um conjunto de etapas, sucessivas e interligadas que possibilitem desenvolver um leque de tarefas que permitam chegar-se a uma série de conclusões sobre a questão definida como problema de partida (Oliveira & Ferreira, 2014).

Em primeiro lugar, deverá definir-se um problema ou questão de partida; seguidamente, deverá proceder-se a um estudo exploratório (à recolha de informação sobre o tema), definindo-se a problemática e os objectivos da investigação; depois, será necessário fazer-se uma revisão crítica da literatura, passando-se posteriormente à construção de um modelo de análise, recorrendo à produção teórica existente acerca da temática; desta feita, deverão seleccionar-se os métodos de investigação adequados; seguidamente, será necessário seleccionar e aplicar-se os instrumentos de observação e recolha de informações, definindo as técnicas a usar, em função dos objectivos da investigação para se passar, logo de seguida, à análise da informação e à construção de conclusões (Sousa & Baptista, 2011; Quivy & Campenhoudt, 1995). Para além de seguir estas etapas, a produção de um trabalho científico deve obedecer a um conjunto de princípios e métodos sem os quais este não existe, pois os seus resultados não seriam válidos. O domínio dos mesmos será, em boa medida, uma boa base para um percurso estável e motivador (Oliveira & Ferreira, 2014).

Deste modo, cumpre apresentar a metodologia ou o protocolo de investigação científica que se propõe seguir e cuja primeira etapa se iniciou já, aquando da definição da problemática, no ponto anterior. Neste sentido, depois de definido e apresentado o ponto de partida e de delineados os objectivos que se pretendem alcançar com o estágio que se realiza, deverá caminhar-se até um novo patamar de investigação. E, assim, para melhor se compreender a temática da gestão da qualidade no domínio dos cuidados de

saúde, será necessário proceder-se à revisão da literatura através da leitura e análise de livros, artigos científicos e outros documentos pertinentes, que permitam sustentar o trabalho de pesquisa.

Desta revisão da literatura que apontará vários caminhos e sustentará teoricamente este trabalho, resultará a construção de um modelo de análise ou conceptual que apresentará uma possível solução para a problemática em causa (Oliveira & Ferreira, 2014). Para tal, será necessário conhecer e fazer-se uso de métodos e ferramentas de pesquisa, isto é, procedimentos lógicos da investigação empírica (Oliveira & Ferreira, 2014) que permitam sustentar a recolha e tratamento de dados, o passo que a este se seguirá. Numa pesquisa podem optar-se por três tipos de abordagem, classificados de quantitativos, qualitativos ou mistos. O primeiro, de origem positivista, favorece o desenvolvimento de pesquisas orientadas para a procura de factos ou causas de fenómenos; o segundo, de origem construtivista, defende que os fenómenos são melhor compreendidos se enquadrados no contexto em que ocorrem e privilegia a indução, isto é, a explicação de fenómenos particulares como forma de perceber o geral; e o terceiro refere-se à combinação, na mesma investigação, de diferentes abordagens, para estudar o mesmo fenómeno (Oliveira & Ferreira, 2014). Nesta investigação será seguida uma abordagem mista, permitindo uma caracterização da realidade mais completa e multifacetada (Oliveira & Ferreira, 2014). O método de pesquisa será o estudo de caso, permitindo um estudo aprofundado e detalhado e a compreensão global da problemática em questão (Sousa & Baptista, 2011).

Depois de definida a estratégia de investigação, será tempo de desenvolver um conjunto de processos operativos que permitam recolher dados empíricos, que serão parte fundamental do processo de investigação (Sousa & Baptista, 2011). Sendo que o conhecimento científico se constrói com base na realidade (Oliveira & Ferreira, 2014), pretende perceber-se, num primeiro momento, se na organização está a ser implementado algum sistema ou se está a fazer-se uso de algum instrumento de avaliação da qualidade dos serviços prestados, informação que será conseguida através de uma observação directa participante, pelo contacto com a realidade (Sousa & Baptista, 2011). Chegando-se a uma conclusão afirmativa, proceder-se-á a uma análise do mesmo, na tentativa de aferir as suas vantagens e limitações. Ainda neste sentido, pretende fazer-se uma observação com recurso a inquérito (Oliveira & Ferreira, 2014), com a realização de entrevistas a todos os envolvidos e responsáveis no processo da sua aplicação, nomeadamente aos directores dos serviços do Centro Hospitalar do Baixo Vouga. Estas

serão entrevistas semiestruturadas, conduzidas a partir de um guião previamente elaborado, englobando um conjunto de tópicos a abordar durante a entrevista, com questões abertas, através das quais se dará uma maior liberdade ao entrevistado em exprimir e justificar a sua opinião, embora não o permitam afastar-se do tema em questão (Sousa & Baptista, 2011).

Cumprir referir que, em contacto prévio com a organização hospitalar, o próprio Conselho de Administração mencionou a necessidade de se formular um novo modelo de avaliação de satisfação dos utentes, pressupondo-se, portanto, a existência de limitações no modelo que ainda se encontra a ser aplicado. Neste sentido e à luz das ferramentas conhecidas, pretende conceber-se, portanto, um instrumento de avaliação da satisfação dos utentes, adequado ao contexto organizacional. Para tal, será necessário proceder-se a uma análise da literatura acerca da temática e concepção do instrumento, de acordo com as características organizacionais. O modelo tradicionalmente usado na avaliação da satisfação dos utentes é o SERVQUAL desenvolvido inicialmente por Parasuraman *et al.* (1988). Embora originalmente se dirigisse ao contexto empresarial e não à área da saúde, o desenvolvimento desta escala forneceu um instrumento para medir a qualidade numa ampla gama de serviços, através da medição das diferenças entre o nível percebido e o nível esperado pelos agentes, acerca do serviço prestado (Lam, 1997).

Seguidamente, será nosso propósito proceder à aplicação do instrumento de avaliação da qualidade, cuja metodologia usada para a sua construção e aplicação serão convenientemente apresentados oportunamente, em capítulo próprio. Cumprir referir, contudo, que esta aplicação implicará a administração de questionários aos utentes do hospital que se apresentem na primeira consulta de especialidade. No entanto, antes da aplicação deste instrumento, deverá ser dirigido um pedido ao Conselho de Ética deste Centro Hospitalar para a realização dos inquéritos e das entrevistas.

Autorizados os procedimentos, serão aplicados os inquéritos. A sua análise procurará tomar em consideração as diferentes características dos utentes, como sejam a idade e o género, efectuando-se, não só uma interpretação global dos resultados, mas também uma análise por serviço.

Seguidamente, será tempo de recolher, apresentar, analisar e interpretar os restantes resultados obtidos, de forma a responder prioritariamente ao problema inicial, relembrando-se o objectivo do trabalho, analisando-se o modelo de análise desenvolvido, alinhando-se os dados com os métodos utilizados e, ainda, desenvolvendo e respeitando-se um plano de análise de dados (Oliveira & Ferreira, 2014).

Realizada esta tarefa, após uma reflexão sobre o significado dos dados obtidos, dar-se-á o culminar do processo de investigação e, portanto, serão apresentadas as principais conclusões do trabalho realizado, que permitirão aferir se os utentes do CHBV estão satisfeitos com os serviços prestados. Depois disto, indicar-se-ão algumas recomendações para possíveis investigações futuras.

Finaliza-se esta abordagem metodológica com uma referência aos princípios gerais da ética, os quais se comprometem respeitar, ao longo de todas as etapas da investigação científica que agora se inicia.

3. Organização do Relatório de Estágio

Depois de uma parte introdutória onde se apresentam a pertinência do tema, os objectivos gerais e específicos, a abordagem metodológica e a estrutura do relatório, cumprirá apresentar-se um primeiro capítulo relativo ao enquadramento teórico-conceptual. Este prevê uma revisão da literatura acerca da problemática em questão neste trabalho e será neste espaço que se debaterá a importância da satisfação dos utentes na adopção de uma lógica de gestão da qualidade nos serviços públicos (e mais concretamente na área da saúde). Abordar-se-á, portanto, a temática da qualidade, da satisfação dos agentes, da avaliação da qualidade nos serviços, na Administração Pública e, mais concretamente, na área da saúde e aludir-se-á, ainda, às ferramentas ou modelos de avaliação do nível de satisfação dos agentes.

Num capítulo posterior, proceder-se-á à explicitação e desenvolvimento do trabalho empírico. Neste, far-se-á a apresentação do local de estágio e a enumeração das actividades desenvolvidas no seu âmbito, evidenciando a sua relevância para o desenvolvimento do projecto. Será também aqui apresentada a metodologia a seguir para a implementação do projecto em vista. Em fase consequente, proceder-se-á à apresentação e análise dos dados obtidos.

Numa fase final, serão apresentadas as conclusões, limitações e os projectos para uma investigação futura, assim como serão mencionadas todas as referências bibliográficas utilizadas para a concretização deste trabalho.

PARTE I
Enquadramento teórico-conceptual

1. Qualidade dos Serviços

1.1 Conceito e evolução histórica de “qualidade”

“Quality is viewed as a multi-faceted concept. The quality characteristics of most importance depend on user perspectives, needs and priorities, which vary across groups of users.” (OCDE, 2017)

Vivemos actualmente num tempo de particular crise económica e degradação das organizações. Neste sentido, a temática da aplicação de técnicas e métodos da qualidade surge oportunamente, uma vez que as abordagens se têm centrado em áreas de gestão e desenvolvimento organizacional e se afigura importante investigar os consideráveis ganhos com a aplicação destas mesmas ferramentas e metodologias da qualidade, considerando o seu potencial de melhoria (Rosa *et al.*, 2014).

O conceito de qualidade tem acompanhado a evolução do Homem ao longo dos tempos pois, desde sempre, este manifestou preocupação em analisar o resultado do seu trabalho, identificando aquele que mais se adequava ao seu conceito de “perfeição” ou de “trabalho bem feito”. Esta é, portanto, uma preocupação presente desde a Idade da Pedra que acompanha a evolução da sociedade e as várias formas de organização do trabalho até aos dias de hoje (Andrade *et al.*, 2004).

De acordo com a *American Society for Quality Control* (ASQC) a qualidade apresenta-se como *“a subjective term for which each person or sector has its own definition. In technical usage, quality can have two meanings: 1. the characteristics of a product or service that bear on its ability to satisfy stated or implied needs; 2. a product or service free of deficiencies.”*¹.

Para Rocha (2006), o conceito de “qualidade” afigura-se confuso no seio da literatura, uma vez que, ora se relaciona com os procedimentos, ora se entende como a capacidade de servir determinados fins, ou se tem, ainda, como significado de excelência de uma organização. No entanto, existem outros significados para qualidade que a fazem coincidir com eficiência, eficácia e produtividade (Rocha, 2006). Segundo Rosa *et al.* (2014), qualidade é a conformidade do produto com as especificações e deve apresentar-se como uma fulcral preocupação da organização, uma vez que a longo prazo poderá assegurar a sua sobrevivência, dado que proporciona vantagem competitiva e permite a

¹ <https://asq.org/quality-resources/quality-glossary/q>

redução de custos associados ao desperdício, reproprocessamento, perda de clientes ou queixas, induzindo a satisfação dos diversos *stakeholders* e dos clientes, em particular. Pressupõe-se, também, que a qualidade seja algo sistemático, isto é, presente desde a concepção do produto ou serviço até à realização dos processos que a sustentam (Rosa *et al.*, 2014). Para Rocha (2006), deverá implicar a actuação sobre diversos pontos do sistema: os objectivos da organização, a conformação com os *standards*, o envolvimento dos consumidores e trabalhadores, a medição de resultados e, bem assim, a melhoria contínua; no entanto, a insistência em cada um destes elementos varia conforme a evolução histórica do conceito. Para este autor, o conceito de qualidade identifica-se, actualmente, com o conceito da Gestão pela Qualidade Total (adiante, TQM – do inglês, *Total Quality Management*). De acordo com Andrade *et al.* (2004), a TQM pode ser considerada uma filosofia de gestão que se focaliza na qualidade global dos produtos e dos serviços e permite satisfazer todas as partes interessadas na organização. Pauta-se por um conjunto de valores fundamentais, tais como:

- (1) a focalização no cliente: satisfação de suas necessidades expressas e potenciais;
- (2) a liderança e envolvimento: empenho na gestão da qualidade, permitindo um envolvimento de todos os colaboradores no processo de mudança;
- (3) a orientação por processos: os produtos finais resultam de um número complexo de processos, por isso, garantir a qualidade de um produto passa por garantir a eficiência e eficácia do seu processo;
- (4) a medição: medir continuamente o desempenho da organização através de indicadores-chave possibilita obter uma base comparativa da melhoria da qualidade;
- (5) a melhoria contínua: é necessário melhorar continuamente os processos e os produtos, de modo a assegurar a satisfação da qualidade, uma vez que as necessidades mudam ao longo do tempo.

Podemos, então, compreender que a qualidade total engloba não só o produto como também a organização nas suas múltiplas facetas, desde a concepção do produto à operacionalidade do processo de produção, do menor custo do produto e do processo de produção às condições de trabalho. Assim, a qualidade de vida de uma organização constitui-se também como um atributo essencial da qualidade total (Andrade *et al.*, 2004).

A maioria das pessoas atribui a origem da gestão da qualidade total aos Japoneses. Contudo, embora esta se tenha desenvolvido no Japão, a primeira ideia de qualidade

ocorreu nos Estados Unidos aquando da Segunda Guerra Mundial, com o sentido do controlo da qualidade da indústria de armamento, devendo-se o desenvolvimento do controlo e gestão da qualidade, assim, a Deming, Juran e Feigenbaum. No entanto, esta concepção foi mais tarde exportada para o Japão, através dos engenheiros que, após a guerra, planearam a reestruturação da indústria e facilmente foi assimilada, uma vez que coincidia com a cultura deste país (Rocha, 2006). Pinto & Ribeiro (2006) e Kruger (2001, in Rocha, 2011) referenciam aquelas que consideram ter sido as cinco escolas correspondentes aos principais teóricos da qualidade e que apresentamos na figura n.º 1.

Deming (1986)	Juran (1979)	Feigenbaum (1983)	Ishikawa (1985)	Crosby (1996)
<ul style="list-style-type: none"> • Pai da moderna revolução da qualidade, pioneiro da moderna Gestão da Qualidade. • Qualidade definida consoante as exigências e necessidades do consumidor. • As especificações de qualidade devem ser alteradas constantemente, de acordo com as alterações das exigências e necessidades do consumidor. • Utilização de instrumentos de controlo estatístico de qualidade, em vez de mera inspecção de produtos. • Qualidade é multi-dimensional. 	<ul style="list-style-type: none"> • Pioneiro da Qualidade. • Primeiro guru a aplicar a qualidade à estratégia empresarial. • Qualidade definida segundo dois contextos: óptica de resultados (qualidade consiste nas características do produto que satisfazem as necessidades do cliente e geram lucros) e óptica de custos (qualidade é ausência de defeitos ou erros de fabrico). • Trilogia: planeamento da qualidade, controlo da qualidade e melhoria contínua da qualidade. 	<ul style="list-style-type: none"> • Pai do conceito de <i>Total Quality Control</i>. • Qualidade como preocupação de todos os trabalhadores. • Qualidade deverá estar presente em todos os processos de fabrico e de gestão. • Qualidade mais do que técnica, é compromisso de gestão e compromisso na procura de excelência. 	<ul style="list-style-type: none"> • Aprendeu as noções básicas do controlo da qualidade com os norte-americanos e, nessa base, desenvolveu uma estratégia de qualidade para o Japão. • Criador de sete instrumentos do controlo de qualidade. • Surge associado ao conceito de "círculos da qualidade": pequeno número de trabalhadores voluntários, do mesmo sector de actividade, com recurso a vários instrumentos, com o objectivo de detectar problemas e recomendar soluções. A finalidade é a melhoria da qualidade. 	<ul style="list-style-type: none"> • Surge associado à preocupação com o conceito "zero defeitos" (que se alcança através de uma gestão rigorosa e preocupada com a qualidade) e de "fazer bem à primeira vez". • Qualidade é conformação com especificações, que variam consoante as empresas, de acordo com as necessidades dos seus clientes. • Objectivo é ter zero defeitos e não apenas produzir bem, uma meta que irá encorajar as pessoas a melhorar continuamente.

Figura n.º 1

“Os principais Teóricos da Qualidade”

Fonte: Adaptado de Pinto & Ribeiro (2006) e Kruger (2001, in Rocha, 2011)

Tentemos, agora, compreender a evolução do conceito sobre o qual nos debruçamos. Pereira & Requeijo (2008) reiteram que o conceito de qualidade surge intrinsecamente ligado à natureza humana e tem vindo a ser aplicado de diversas formas ao longo da história: desde as civilizações primitivas em que o Homem procurava

construir as melhores ferramentas para cumprir as funções para as quais eram concebidas, passando pelas civilizações como a Egípcia (e edificação de suas pirâmides), Grega (e construção de seus templos e teatros) ou Romana (e estruturação de seus monumentos, vias e aquedutos). Para Rocha (2006), em termos gerais, a primeira preocupação da qualidade diz respeito a um conjunto de técnicas destinadas a evitar erros. Andrade *et al.* (2004), elegem alguns dos marcos mais significativos na evolução do conceito de qualidade, verificados ao longo do século XX, até aos nossos dias (tabela n.º1).

1900	1920	1930-1950	1960	1970-1980	1980-1990
Supervisão	Inspecção da Qualidade	Controlo Estatístico da Qualidade	Garantia da Qualidade	Gestão da Qualidade	Gestão pela Qualidade Total

Tabela n.º 1

“Evolução do conceito de qualidade”

Fonte: Andrade *et al.* (2004) adaptado de entre outros, Pires, A. Ramos (2000)

Pinto & Ribeiro (2006) apresentam-nos, também, uma sistematização da evolução do conceito de qualidade:

- Período anterior à Revolução Industrial: Predominava o trabalho artesanal, sendo os produtos manufacturados por artesãos que tentavam aperfeiçoar-se na "arte", transmitida de pais para filhos. De modo geral, o artesão era o responsável por todas as actividades relativas ao produto, desde a sua concepção à sua venda, passando pelo controlo da qualidade (com o objectivo de detectar e corrigir erros que colocassem em causa o valor do produto final). Assim, a qualidade era assegurada pela vontade de cada um em fazer bem e ser considerado "o melhor" na sua especialidade.

- Revolução Industrial (Fase da Inspecção): A revolução industrial teve início com a invenção do tear mecânico, contudo, só com a invenção da máquina a vapor é que a organização do trabalho começou a diferenciar-se do modelo antigo, por via do aparecimento de teorias de gestão como o Taylorismo (alta produtividade através do trabalho em série). A gestão de trabalho, dirigida para a quantidade, proporcionou o aumento de risco de aparecimento de defeitos. Porém, este modelo de organização do trabalho permaneceu durante muitos anos. Durante a I Guerra Mundial, muitos produtos

foram aprovacionados fora de especificação, o que motivou o aparecimento da primeira actividade da função qualidade: a inspecção. "Qualidade" era sinónimo de "conformidade" e os inspectores preocupavam-se, apenas, em verificar o respeito pelo projecto. Nos anos seguintes, o controlo da qualidade limitou-se à função de inspecção, através da verificação da conformidade do produto com as suas especificações, depois de concluído o seu ciclo de fabrico. Como operação de selecção, a inspecção separava os produtos em aceites ou rejeitados, uma solução que protegia o utilizador da aquisição de produtos com defeito mas não contribuía para a produção regular de produtos isentos de defeitos.

- II Guerra Mundial (Fase do Controlo da Qualidade): A II Guerra propiciou uma importante evolução histórica na área da qualidade. À altura, as empresas passavam por graves problemas para produzir com qualidade pois, embora os produtos fossem fornecidos de acordo com as especificações, o comportamento em serviço não era fiável. A falta de qualidade no projecto, que levava a especificações incompletas e o uso de tecnologias ou materiais não provados eram algumas das causas, uma vez que não basta fazer-se um óptimo projecto, respeitador de todos os requisitos, se o produto fabricado não respeitar o projecto. Também assim, um produto fabricado segundo o projecto não terá qualidade se o projecto não respeitar os requisitos dos clientes. Passou-se então a assegurar os dois aspectos da qualidade: a qualidade no projecto (o ajuste entre características do produto e requisitos exigidos) e a qualidade da conformidade (o cumprimento rigoroso das especificações do projecto). A guerra favoreceu o desenvolvimento da gestão da qualidade, tendo milhares de engenheiros e técnicos recebido formação acelerada em controlo estatístico da qualidade. Os métodos estatísticos foram aplicados substancialmente na produção em série, de forma a assegurar o cumprimento das características que permitem a permuta de componentes num produto e evitando a execução de defeitos.

- Anos 50 e 60 (Fase da Garantia da Qualidade): A Guerra da Coreia e o desenvolvimento da Aeronáutica Espacial contribuíram para um novo alargamento do conceito de Controlo da Qualidade, de forma a assegurar a segurança de funcionamento do produto no tempo, isto é, a fiabilidade. Foi reconhecida a importância do Controlo da Qualidade e deu-se o desenvolvimento de técnicas destinadas a assegurar o projecto e execução de produtos adequados ao uso, o que conduziu ao Controlo Total da Qualidade.

Este controlo abrange todo o ciclo de vida do produto, desde o estudo do mercado até ao pós-venda. O Japão desempenhou um fundamental papel na evolução da qualidade. No fim da guerra, este país teve que vencer a má imagem dos seus produtos e os seus industriais compreenderam que dependiam da exportação para sobreviver e que, por isso, a qualidade seria um trunfo importante face à concorrência internacional. Foi constituído um grupo de trabalho pela *Japanese Union of Scientists and Engineers*, de forma a estudar os métodos de controlo estatístico da qualidade, organizando ciclos de conferências e convidando peritos americanos. Até 1960, os esforços de promoção da qualidade por este grupo foram dirigidos somente a engenheiros e técnicos, depois, foi publicada e amplamente divulgada uma brochura dirigida aos mestres e operários. Mais tarde, foi lançado um jornal mensal provido de artigos pedagógicos, casos de estudo reais e informações profissionais. O seu papel seria incitar os mestres e os operários a estudar os métodos e as técnicas da qualidade e a sua comissão de redacção sugeriu aos leitores que formassem grupos para a leitura em comum, designados por "círculos da qualidade". Estes, multiplicaram-se e organizaram-se a nível nacional, neles participando representantes de todas as especialidades e de todos os níveis hierárquicos, contando com o apoio das direcções das empresas (o que explica, em parte, o sucesso mundial alcançado pela indústria japonesa). Foram, assim, lançados programas de melhoria da qualidade para reduzir os custos, com ênfase na prevenção dos defeitos. O objectivo seria a permanente construção da qualidade.

- Anos 80 em diante (Fase da Qualidade Total): Nos anos 80, a *Total Quality Management* foi adoptada nos Estados Unidos e na Europa, tendo os gestores de topo emitido uma verdadeira onda de declarações de compromisso com a qualidade. Contudo, muitas destas não passavam das palavras. A Europa e os Estados Unidos só se voltaram de forma verdadeira para a qualidade nos anos 90. Actualmente, reconhece-se que todas as funções da empresa têm custos afectados pela qualidade do seu desempenho e que estes devem ser calculados, analisados e reduzidos, do mesmo modo que os dos sectores ligados à produção. Os objectivos da Qualidade Total passam por garantir e gerir a qualidade de todos os sectores de actividade da empresa, de forma a satisfazer os clientes internos e externos, envolvendo todos os colaboradores e conseguindo custos mínimos. Desta forma, só se conseguirá mais qualidade com menos custos quando cada um se toma responsável por assegurar a execução do seu trabalho, sempre e da melhor forma possível.

Esta lógica convida-nos a regressar aos séculos anteriores à industrialização em que a qualidade do produto seria executada e comprovada pelo seu executante.

De acordo com Pereira & Requeijo (2008), tendo em conta os desenvolvimentos descritos, verificou-se um aumento das exigências do consumidor, consubstanciadas por uma crescente procura de satisfação das suas expectativas e de diferenciação da oferta. Assim, assistiu-se a uma preocupação das empresas em aumentar a fidelidade dos seus clientes. No entanto, face à crescente globalização da economia e às solicitações do meio envolvente, exige-se uma maior capacidade de adaptação, flexibilidade e rapidez na resposta aos desafios com que se confrontam. Por esta razão, surge a adopção, por parte de empresas de vários países, da Gestão pela Qualidade Total (TQM), como filosofia de gestão extensível a todos os processos da organização, de forma a assegurar e exceder as expectativas de clientes, colaboradores, gestores e da sociedade em geral (Pereira & Requeijo, 2008).

*“A quantidade até pode ser o tudo. Mas só a qualidade pode ser o todo.
Da quantidade depois de o ser resta o nada. Da qualidade fica sempre o desafio.
A quantidade como medida divide-se. A qualidade como exemplo multiplica-se.”*

António Bagão Félix (excerto do livro “Do lado de cá ao deus-dará”, 2002,
in Andrade et al., 2004)

1.2 A qualidade na Administração Pública

Em tempos de grave crise económica, financeira e social na União Europeia, os Estados membros responderam com uma série de reformas da administração pública, que procuravam modelos organizacionais mais eficientes em relação à prestação de serviços públicos. Com uma forte componente ideológica, essas mudanças, focadas na liberalização dos mercados e na transição da ideia de um usuário/utilizador de serviço para uma lógica de consumidor/cliente, embora não fossem novidade de um ponto de vista político, foram reforçadas (Melo, Santinha, & Lima, 2017).

Neste sentido, para Rocha (2006), a gestão da qualidade transformou-se num tema central da reforma da Administração Pública, sendo que a mesma nunca se poderá fazer sem consideração dos utentes, isto é, sem articular a gestão com a procura da eficiência com a satisfação dos cidadãos que deve servir, valorizando predominantemente a dimensão humana – ao contrário do sector privado que valoriza, predominantemente, a

dimensão estratégia. Segundo o referido autor, a TQM foi, portanto, absorvida pela “Nova Gestão Pública”. Compreendamos pois, no que consiste em concreto este movimento.

Para Moreira e Alves (2009), este movimento de mudança associado às décadas de 1980 e 1990, procura tornar o sector público mais magro e competitivo e promover uma Administração Pública mais atenta às necessidades dos cidadãos, com uma flexibilidade de escolha e uma maior transparência (Santinha, 2014). Portanto, de acordo com Denhardt & Denhardt (2007), assenta na ideia de que a melhor forma de perceber o comportamento humano é assumir que o Estado e outros actores fazem escolhas e agem de acordo com os seus próprios interesses, logo, o papel do Estado consiste em libertar as forças de mercado de modo a facilitar a escolha individual, atingindo o máximo de eficiência, sendo os cidadãos vistos como clientes e os funcionários públicos considerados gestores de risco à procura da máxima redução de custos (Santinha, 2014). No entanto, este movimento suscitou diversas críticas, sobretudo por parte daqueles que defendiam uma maior intervenção do Estado na sociedade que, segundo Santinha (2014), se relacionavam com: a sua crença nas forças do mercado enquanto solução de todos os problemas, mecanismo promotor da participação de todos de forma equilibrada e, portanto, representante do interesse social geral; a actuação competitiva no seio das instituições públicas, ligada à incessante procura de inovação (que, apesar das vantagens, potencia excessos de risco por parte dos gestores públicos); e a procura da liberdade de escolha individual fundamentada no mercado que se faz na óptica de aumentar o poder do cliente (Harris, 1999 *in* Santinha, 2014). Assim, esta ênfase colocada no consumidor é vista como algo que representa um ponto de vista político, pois se prefere um Estado que responda aos interesses a curto prazo das pessoas, numa perspectiva individual – clientes – em detrimento de um interesse público colectivo, definido através de um processo deliberativo – cidadãos (Santinha, 2014).

De acordo com Rocha (2006), a absorção da TQM pela Nova Gestão Pública manifestou-se através da publicação de Cartas de Qualidade em diversos países Europeus (em Portugal, em 1993) – um mecanismo que permite exercer pressão sobre os fornecedores de produtos públicos de forma a que melhorem os seus fornecimentos e que se apresenta em oposição à visão tradicional, a qual colocava a ênfase nos *inputs* e processos mas nos finais dos anos noventa, esta visão será substituída pelos modelos de excelência. Segundo o autor, a TQM implica a desestruturação das hierarquias, o achatamento das organizações e o “*empowerment*” de funcionários e grupos de trabalho, o que se afigura como um processo complicado uma vez que os serviços públicos se

caracterizam por especialidades profissionais com suas específicas normas de funcionamento e demarcados territórios de actuação e que dificilmente colaboram entre si. No entanto, apesar das dificuldades, existem ideais que podem ser adoptados, que não signifiquem alterações bruscas nas estruturas dos serviços públicos: a obtenção de *feedback* dos clientes, o princípio da melhoria contínua e o incentivo à cultura participativa. Contudo, segundo Rocha (2006), há dificuldades de aplicação do TQM aos Serviços Públicos, sobretudo porque o sector público é substancialmente diferente do privado: as exigências dos consumidores são definidas no mercado mas nos serviços, embora existam clientes, não há mercado e muitos serviços públicos operam em monopólio, o que impede que clientes insatisfeitos possam recorrer a outro fornecedor. A próxima tabela indica-nos as substanciais diferenças apontadas pelo autor entre os dois sectores.

Factores de comparação	SECTOR PRIVADO	SECTOR PÚBLICO
Organizações	Concorrem entre si para conquistar e fidelizar clientes	A concorrência é potencial e pouco significativa
Mercado	Os preços e a qualidade são regulados pelo mercado, pela concorrência	O Estado oferece os serviços possíveis para responder às necessidades do cidadão e da sociedade
Objectivos	Finalidade é a venda de produtos ou serviços	Tem como fim a distribuição de serviços e de bem-estar social aos cidadãos
“Preço”	Os produtos e serviços são habitualmente trocados por dinheiro	Os serviços públicos são, regra geral, gratuitos. O retorno faz-se através de impostos

Tabela n.º 2

“Qualidade nos sectores privado e público”

Fonte: Rocha (2006) adaptado de Vicente Rodrigues (2001)

Em relação à evolução do conceito de qualidade na Administração Pública, à semelhança do sector privado, podem também distinguir-se várias fases na evolução do conceito de qualidade, de acordo com Löffler em 2001 (Rocha, 2006):

(1) a qualidade no sentido de respeito por normas e procedimentos;

- (2) a qualidade no sentido de eficácia;
- (3) a qualidade no sentido de satisfação dos clientes.

Vejamos. No primeiro caso seria notória a ausência de arbitrariedade, um entendimento da qualidade na Administração Pública que faz correspondência à noção de qualidade técnica e conformação com determinadas especificações na indústria. Já nos anos 60, o significado de qualidade no sector público mudou quando a gestão por objectivos ganhou popularidade e no início dos anos 80, o conceito de qualidade total transfere-se para a Administração Pública (não significando que o seu conteúdo seja exactamente o mesmo, uma vez que os países continentais da Europa, marcados por uma acentuada tradição legalista, fazem uma interpretação diferente da dos países anglo-saxónicos). Assim se passou num nível geral mas vejamos, agora, a qualidade no caso específico da Administração Pública Portuguesa. Conheçamos as suas principais fases, de acordo com o citado autor:

1) A primeira fase (em 1986) traz consigo a desburocratização e simplificação de procedimentos administrativos, cujo objectivo seria tornar mais célere a ligação entre a Administração e os cidadãos, respeito pelos seus direitos e legítimos interesses, evitando a burocracia e agindo de forma mais transparente e eficaz;

2) A segunda fase é já marcada pela qualidade dos Serviços Públicos (de 1991 a 1997), uma vez que, depois da desburocratização, chega o interesse pela melhoria da qualidade, através da definição de programas e iniciativas, com a pretensão de alterar a filosofia dos serviços públicos.

3) Numa terceira fase vislumbram-se os Modelos de Excelência (de 1997 a 2001) e é instituído o sistema de qualidade nos serviços públicos (SQSP). A qualidade é vista como uma filosofia de gestão no alcance de uma maior eficácia e eficiência dos serviços, sua contínua desburocratização e satisfação das necessidades dos cidadãos (explícitas e implícitas).

4) Numa fase mais recente, não se denota uma particular e prioritária importância dada à temática da qualidade mas uma insistência na racionalização e reestruturação da Administração Pública, modernização da gestão dos recursos humanos e prosseguimento da eficiência, de forma a aumentar a qualidade dos serviços, beneficiando os cidadãos.

De acordo com Andrade *et al.* (2004), a aplicação das regras da boa gestão e dos princípios da Gestão pela Qualidade, conduz a uma melhor despesa pública, libertando os meios financeiros para investimento social e produtivo. Seguindo esta forma de encarar a qualidade, encontramos as preocupações pela liderança (enquanto capacidade de mobilizar e dar visão às pessoas e organizações), o conhecimento (enquanto chave do progresso das sociedades e da afirmação das instituições), a motivação e envolvimento activo das pessoas nos processos de mudança (e a qualidade total é um processo de mudança), o desenvolvimento de competências pessoais, o aproveitamento das novas tecnologias da informação (ferramenta ao serviço dos cidadãos e das organizações) e uma nova perspectiva de organização que está sempre orientada para as necessidades e expectativas dos cidadãos. Deste modo, para os autores, as mudanças a realizar devem focar-se mais na satisfação dos agentes, orientando toda a sua razão de ser para a satisfação das necessidades das sociedades. Isto quer dizer que as administrações públicas devem preocupar-se com a qualidade dos bens e serviços que disponibilizam e gerir de forma racional os recursos humanos, tecnológicos e financeiros de que dispõem.

Segundo Rocha (2006), apesar da literatura existente sobre gestão da qualidade, pouco se vislumbra ainda sobre o desenvolvimento dos programas nas organizações públicas. Os serviços têm aderido a vários modelos de qualidade mas não há certezas sobre os resultados dessa política (Rocha, 2006). Este autor aponta ainda algumas dificuldades de aplicação da gestão da qualidade como: a não existência de um conceito claro e unívoco de qualidade, assim como de um suporte teórico consistente, uma vez que filosofia das suas técnicas não se harmoniza com a filosofia do serviço público; as dificuldades levantadas à implementação desta filosofia de gestão pelos funcionários, uma vez que os profissionais têm adoptado comportamentos formalizados; e a estruturação, hierarquizada, das organizações públicas.

Neste sentido, de acordo com Andrade *et al.* (2004), mostra-se necessário sensibilizar todos os entes públicos – governos, parlamentos, tribunais e administrações públicas – que são os cidadãos (entre os quais, os próprios funcionários públicos) e as empresas que, através dos seus impostos e contribuições, financiam a actividade dos Órgãos de Soberania e da Administração Pública e, por isso, querem produtos de qualidade e uma boa prestação de serviços, sempre que necessitam dessas entidades. A criação de uma Administração dos e para os Cidadãos e Empresas será crucial para a

modernização administrativa e o objectivo supremo da Qualidade em Serviços Públicos (Andrade *et al.*, 2004).

1.3 A qualidade no caso particular dos Serviços de Saúde

“Health is a state of complete physical, mental and social well-being and not merely the absence of disease or infirmity.” (WHO, 1946)

Como já referido, a partir de meados da década de 1980, expressões como eficiência, poder do consumidor e managerialismo foram introduzidas no sector público em todo o mundo, tendo as agendas políticas começado a aludir, entre outras coisas, a metas de desempenho, de modo a impulsionar novas iniciativas e provar que é, de facto, fornecido valor aos contribuintes (Melo *et al.*, 2017). Como tal, de acordo com Micheli & Neely (2010), os serviços públicos têm vindo a ser pressionados a melhorar cada vez mais a sua eficiência e a reduzir os impostos dos seus contribuintes, enquanto, ao mesmo tempo, mantêm o volume e a qualidade dos serviços prestados aos cidadãos (Melo, *et al.*, 2017). Neste contexto, sendo o sistema de saúde português baseado num Serviço Nacional de Saúde que segue o modelo Beveridge – o princípio da cobertura universal, com financiamento obrigatório através de impostos e gestão institucional pública – ao qual todos os portugueses têm acesso por direito constitucional, também ele não escapou a esta "revolução da qualidade" (Melo *et al.*, 2017).

Apesar de também não existir um único e consensual conceito de qualidade aplicado à saúde (Rocha, 2006), de acordo com o estabelecido no Plano Nacional de Saúde Revisão e Extensão a 2020 (2015:16), seguindo as linhas de pensamento de Saturno P. *et al.* (1990), “a qualidade em Saúde pode ser definida como a prestação de cuidados de saúde acessíveis e equitativos, com um nível profissional ótimo, que tenha em conta os recursos disponíveis e consiga a adesão e satisfação do cidadão”, implicando, ainda, o melhor desempenho possível e a adequação dos cuidados de saúde às necessidades e expectativas do cidadão.

Segundo o recentemente publicado Relatório da OCDE sobre a Qualidade da Saúde em Portugal em 2015, o nosso país introduziu um amplo conjunto de reformas estruturais visando a melhoria e a eficiência e alcançando uma melhor qualidade de atendimento, com uma impressionante variedade de monitorização de qualidade. No entanto, as reformas realizadas durante o resgate financeiro do país levantaram grande

descontentamento por parte dos utentes. Apesar das observações positivas destacadas por esta organização, não deixa de referir que existem ainda oportunidades que proporcionem obter maiores ganhos de qualidade (OCDE, 2015).

Nesta linha, também a Organização Mundial de Saúde aconselha os Estados a implementar estratégias nacionais para a qualidade e segurança em saúde e, neste sentido, de acordo com o estabelecido no Plano Nacional de Saúde (2015:16), “o Sistema de Saúde Português tem que se adaptar à alteração progressiva dos padrões demográficos e epidemiológicos do país, ao desenvolvimento tecnológico e farmacológico, caro ou muito caro, que ocorre de forma rápida, à enorme produção de novas evidências científicas, à tendência de aumento da despesa global no sector da saúde, aos resultados da investigação clínica e da inovação em saúde e à necessidade de cumprimento de princípios éticos na definição de prioridades”. Assim, este contexto apela à melhoria contínua da qualidade – às diligências, levadas a cabo diariamente, para que os cuidados prestados sejam efectivos, seguros e prestados no momento adequado e de forma equitativa e a utilização dos recursos seja eficiente, satisfazendo os cidadãos e correspondendo, tanto quanto possível, às suas necessidades e expectativas – apresentando-se esta como um imperativo para gestores, profissionais de saúde e utentes (Plano Nacional de Saúde, 2015).

Esta melhoria da qualidade procura responder à necessidade de sustentabilidade do Sistema de Saúde e, no caso, do Serviço Nacional de Saúde, contribuindo para a efectividade e eficiência da prestação dos cuidados e é neste sentido que o Plano Nacional de Saúde – Revisão e Extensão a 2020 (2015:17) – propõe, em concreto:

- 1) “o reforço da implementação da Estratégia Nacional da Qualidade – por meio de acções concertadas e complementares a nível central, regional e local;
- 2) a monitorização e publicação dos resultados da prestação de cuidados de saúde e a respectiva relação com o volume de cuidados;
- 3) o reforço do impacto da qualidade na avaliação do desempenho profissional e institucional e no financiamento das instituições prestadoras de cuidados;
- 4) a implementação do Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2015-2020, através de acções transversais que melhorem a cultura de segurança de forma integrada em todos os níveis de prestação de cuidados;
- 5) a implementação e divulgação da certificação da qualidade da prestação de cuidados de saúde, de forma a aumentar a confiança dos cidadãos no Sistema de saúde;

6) o reforço, nas redes de prestação de cuidados de saúde, do papel das comissões da qualidade e segurança;

7) o reforço das medidas de utilização racional dos medicamentos, que por sua vez se baseiem em análises de custo-efectividade;

8) a garantia de qualidade na realização de rastreios de base populacional, assegurando assim a equidade e o acesso a estratégias de prevenção de qualidade.”

Para Silva, Varanda & Nóbrega (2004), há uma certa “alquimia” na qualidade da gestão da prestação de cuidados de saúde, uma vez que grande é o desafio que o conhecimento coloca hoje aos hospitais e à saúde em geral, num contexto de rápida obsolescência dos sistemas, dos processos e da informação em que assenta a prática dos profissionais de saúde, sendo que a melhoria contínua da qualidade será um dos instrumentos que possibilitarão vencer estes desafios. Para os autores, esta qualidade não é apenas um certificado, consequente a um processo conduzido por uma entidade reconhecida para o efeito, nem a fama de excelência, mas será sim a conformidade com os resultados esperados, a ausência de erros e desperdício. Ressaltam, desta forma, a necessidade de serem levadas a cabo acções com base numa atitude de não conformismo perante a não-qualidade para que possamos manter-nos alinhados com a evolução da ciência médica, da ciência da gestão e da sociedade em geral (Silva *et al.*, 2004)

“Errar é humano, mas humano é também o progresso. Por isso, temos de criar condições para aprender com os erros, transformando-os em qualidade e progresso.”

(Silva *et al.*, 2004:14)

2. Qualidade dos serviços e sua avaliação de acordo com o nível de satisfação dos agentes

De acordo com o que tem vindo a ser exposto, percebemos que a qualidade dos serviços se encontra ligada à satisfação dos agentes. À semelhança do que se tem verificado, a nível internacional, na área dos serviços, as questões relacionadas com a avaliação da qualidade no sistema de saúde têm assumido uma relevância cada vez maior, tendo despertado, nos últimos tempos, um crescente interesse por parte de decisores políticos, administrações, profissionais de saúde e utentes (Sousa, 2010). O sistema de saúde integra uma multiplicidade de actores, com distintos desempenhos e interesses e, consequentemente, diferentes medições de qualidade, de acordo com o seu posicionamento no sistema (Sousa, 2010). Neste sentido, os profissionais de saúde tendem a caracterizar a qualidade mais em termos de atributos, resultados e efectividade dos cuidados prestados; os decisores políticos, gestores e financiadores, prestam mais atenção a indicadores que decorrem do desempenho organizacional, baseados na globalidade da população tratada; já os utentes, valorizam mais os aspectos relacionais, relativos ao contacto com os profissionais de saúde e respectiva organização, acessibilidade e de acordo com o balanço feito entre as expectativas em relação aos cuidados a prestar e o resultado final dos cuidados recebidos (Sousa, 2010).

Neste sentido, avaliar e melhorar a qualidade dos cuidados de saúde prestados aos cidadãos e assegurar-lhes acesso a cuidados de qualidade, em tempo útil e com custos adequados é, assim, um dos grandes desafios para os profissionais da área (Sousa, 2010).

Segundo Pollack (2008), esta importância da satisfação do utente na avaliação da qualidade do serviço foi amplamente reconhecida, sendo geralmente assumido que níveis mais altos de qualidade de serviço levam a níveis mais elevados de satisfação dos agentes (Melo *et al.*, 2017). E, de facto, seguindo as linhas orientadoras de Pakdil & Harwood (2005), Melo *et al.* (2017) referem que a literatura argumenta que a qualidade do serviço pode ser medida através da diferença entre as expectativas do utente (o que pretende) e suas percepções sobre o serviço (como o experimenta, de facto). Na área da saúde, Lam (1997) é um dos autores que refere que a qualidade é o resultado da comparação do paciente das suas percepções da experiência do serviço médico com suas expectativas anteriores relativamente ao que o serviço deveria ser – a qualidade será alcançada quando atende ou excede o nível das expectativas do utente.

E é por isso que para estes autores, a recolha do *feedback* dos utentes é altamente importante mas pouco eficaz se não for monitorizada, de forma regular e relatada publicamente, até porque, como referem Melo *et al.* (2017), no seguimento dos argumentos apresentados por Taner & Antony (2006:ii), uma melhor compreensão de como os consumidores avaliam a qualidade dos cuidados de saúde ajuda os prestadores de serviços e seus administradores na determinação e melhoria dos aspectos mais fracos do seu sistema de prestação de cuidados de saúde.

Em consonância com o pensamento de Choi *et al.* (2004), Melo *et al.* (2017) referem que os prestadores de cuidados de saúde vêm-se, desta forma, obrigados a integrar a abordagem médica tradicional com uma visão centrada no paciente mas que, no paradigma do consumismo, a qualidade do serviço e a satisfação do paciente permanecem questões críticas para os profissionais de saúde.

Existe, actualmente, uma vasta gama de mecanismos de avaliação interna e externa, aferição, auditoria e *benchmarking*, que possibilitam o conhecimento e a comparação de diferentes prestadores, planos de saúde, estratégias terapêuticas, populações, regiões ou países, o que confirma que a qualidade se apresenta, cada vez mais, como uma dimensão incontornável na prestação de cuidados de saúde (Sousa, 2010). Iremos estudá-los no ponto seguinte.

3. Ferramentas de avaliação da qualidade

3.1. Uma perspectiva global

Para Rosa *et al.* (2014), o objectivo último e permanente da gestão da qualidade é a melhoria contínua, que deve ser demonstrada quer ao nível do desempenho dos processos quer da satisfação dos clientes, logo, neste sentido, será necessário um compromisso da gestão de topo na manutenção e melhoria contínua dos sistemas de gestão e organização. Segundo Pereira & Requeixo (2008), esta melhoria contínua das actividades, processos e produtos de uma organização, apresenta-se como um dos vectores fundamentais da Gestão pela Qualidade Total e tem como objectivo satisfazer plenamente as expectativas de todas as partes interessadas. Deverá ser um objectivo permanente da organização, pressupondo-se um conjunto de boas práticas como o incentivo à participação de todos e estímulo ao trabalho em equipa, a percepção de que os erros e problemas podem transformar-se em oportunidades, a investigação dos processos e a utilização de ferramentas adequadas, uma vez que, percebendo-se os processos e as pessoas de uma organização, será possível averiguar oportunidades de melhoria (Rosa *et al.*, 2014). Para este efeito, será necessário, como referido, recorrer a metodologias e ferramentas de gestão da qualidade, que possibilitarão aferir oportunidades e acções com vista à melhoria, assim como alcançar ganhos de eficácia e eficiência, uma vez que, potencialmente, contribuirão para a resolução de problemas de qualidade, quer numa óptica preventiva quer correctiva (Rosa *et al.*, 2014).

De acordo com Rosa *et al.* (2014) e Pereira & Requeixo (2008), podemos constatar a existência de ferramentas básicas da qualidade. Estas são aquelas que potencialmente podem ser usadas por qualquer indivíduo, auxiliando a análise de factos que potenciem a melhoria. Aplicam-se em diversas fases do “*Plan, Do, Check, Act*” e possibilitam a resolução de um problema com a participação daqueles que melhor conhecem este ciclo (Rosa *et al.*, 2014). Proposto por Deming, é uma das mais conhecidas metodologias para a prossecução da melhoria contínua e pretende uma resolução estruturada de problemas através da sua identificação (definição, descrição e caracterização), análise (listagem de causas potenciais e selecção de causas prioritárias) e resolução (desenvolvimento, implementação e monitorização da melhor solução), segundo Pereira & Requeixo (2008). Assim, segundo Rosa *et al.* (2014) e Pereira & Requeixo, (2008) temos:

1. O Fluxograma, que representa graficamente, através de uma simbologia própria, as actividades de um processo ou as tarefas de uma actividade. Através da explicitação da sua sequência, permite descrever os movimentos de pessoas ou documentos dentro de uma organização, processo em estudo ou análise de projecto a implementar, de modo a que o grupo de colaboradores detenha uma visão consensual do processo sob sua responsabilidade, retendo os dados estritamente relevantes e contribuindo positivamente para a melhoria contínua do mesmo.

2. As Folhas de Registo e Verificação, uma ferramenta que de maneira mais simples procede à recolha de dados de forma precisa e organizada, procedimento indispensável quando se anseia detectar onde reside objectivamente um problema e quais as suas causas e, por isso, pretende responder à pergunta “Com que frequência ocorrem certos eventos?”. Pode assumir a forma de desenho de localização de defeitos e determinar a localização de defeitos no produto final ou de lista de verificação, formulários para recolha de dados, organizados por categorias.

3. O Histograma, um diagrama representativo da distribuição da frequência de um conjunto de dados, em que a altura de cada uma das barras significará a frequência de uma ocorrência, sendo que o gráfico permite, no seu conjunto, visualizar as características de uma distribuição.

4. O Diagrama de Pareto, cujos dados necessários à sua elaboração provêm normalmente de uma folha de verificação, apresentando-se como um gráfico de barras cujas frequências estão ordenadas, de forma decrescente, da esquerda para a direita e cuja sua altura traduz a gravidade dos diferentes problemas. Para além disto, este diagrama deverá incluir uma curva de frequências relativas acumuladas. O autor refere que Juran recuperou o célebre Princípio de Pareto, segundo o qual cerca de 20% da população mundial detinha mais de 80% da riqueza total, aplicando-o ao contexto da qualidade, dado ter observado que a maioria dos efeitos se poderia atribuir a um conjunto relativamente reduzido de causas. Assim sendo, esta constatação merece atenção primordial dos gestores, uma vez que poderá fornecer percepções e preciosas indicações sobre as áreas em que deverão ser concentradas as acções de melhoria a implementar, de modo a

conseguir atingir a máxima eficácia. A comparação sucessiva de diagramas permitirá avaliar a eficácia das acções correctivas levadas a cabo.

5. O Diagrama Causa-Efeito, Espinha de Peixe ou Ishikawa, introduzido por Kaoru Ishikawa em 1943, uma ferramenta de apoio que permite identificar as causas de um problema, ilustrando as relações entre determinado efeito e suas potenciais causas, provendo, desta forma, um objectivo comum, em relação ao qual se vai desenvolvendo o trabalho de equipa para o alcance de soluções. O seu aspecto visual atribui-lhe a designação de diagrama de “espinha de peixe”.

6. Os Gráficos, que dada a sua flexibilidade e possibilidade de visualizar dados, permitem resumir informações e orientar a resolução de problemas. Existem dois tipos de gráficos merecedores de destaque: os gráficos de tendência, que, permitem visualizar uma série cronológica de observações de uma dada característica, isto é, o desempenho de um processo durante determinado período de tempo (e em que num dos eixos é observado o tempo e no outro os valores observados numa determinada característica) e os gráficos de dispersão, que se utilizam para testar correlações entre factores/variáveis qualitativas ou quantitativas.

7. As Cartas de Controlo, que se constituem como a menos básica das sete ferramentas elencadas, sendo utilizadas para o controlo estatístico de processos e tendo como objectivo principal a descoberta de problemas que ocorram aquando do seu normal funcionamento. Este controlo possibilita a monitorização de um processo, proporcionando a identificação de especiais causas de variação, alertando aquando da necessidade de serem tomadas medidas de correcção. A mencionada variação pode dever-se a causas comuns, que são naturais e aleatórias, inerentes ao próprio processo e por isso difíceis e caras de evitar e cuja eliminação implica a tomada de decisões por parte da gestão de topo; ou a causas assinaláveis (ou especiais), que são esporádicas e tornam o processo instável e imprevisível, levando à necessidade imediata da sua correcção e eliminação por parte dos envolvidos directamente no mesmo. Neste sentido, um processo estará sob controlo quando só existirem causas aleatórias de variação e fora de controlo quando se verificarem causas assinaláveis de variação. Para estes autores, as cartas de controlo fornecem informação ao longo do tempo relativamente ao desempenho do processo, permitindo controlar os factores que o vão afectando e alertar os envolvidos no

processo sempre que uma causa especial de variação o afectar. O recurso às cartas de controlo permite apenas detectar a presença de causas especiais de variação, no entanto, a posterior identificação da causa específica actuante no processo necessita de ser investigada através do recurso a outras ferramentas ou metodologias da qualidade.

Para Rosa *et al.* (2014), verifica-se igualmente a existência de ferramentas avançadas da qualidade, como as Cartas de Qualidade, cujo objectivo passa pelo aumento da qualidade dos serviços como estes são percebidos pelos agentes e pela renovação da confiança dos cidadãos nos serviços públicos e no Estado; ou as ISO 9000, séries de *standards* com reconhecimento internacional e que se destinam a garantir a qualidade na tentativa de satisfazer os requisitos do cliente e prevendo processos para a melhoria contínua; e a certificação por terceiros, que dependerá de acreditação, um sistema de auditoria organizacional externa, promotor do reconhecimento profissional e nacional, reservado às organizações que tenham serviços de qualidade.

Para além das elencadas ferramentas básicas da qualidade, segundo Rosa *et al.* (2014), existem outras ferramentas que têm como objectivo a melhoria contínua e a resolução de problemas dos processos mas que se apresentam como mais completas ou avançadas, uma vez que se destinam mais ao nível da gestão de topo e se direccionam para o planeamento e concepção de novos produtos e serviços. Estas são, por exemplo, o desenho de experiências e a análise modal de falhas e efeitos.

3.2. O caso particular do SERVQUAL

Acabámos de constatar que a preocupação dos serviços com a qualidade tem atingido níveis sem quaisquer precedentes, fenómeno que, para Lam (1997), se trata de uma actual "revolução da qualidade", desencadeado pela concorrência exacerbada entre empresas, que, desta forma, aceitaram o desafio de melhorar a qualidade dos serviços por elas prestado. Referimos, também, que o mesmo fenómeno se evidenciou no sector da prestação de cuidados de saúde, sendo que, nos últimos anos, tem sido também evidente esta crescente preocupação em relação à qualidade dos cuidados prestados (Lam, 1997). Neste sentido, o SERVQUAL tem sido amplamente utilizado enquanto instrumento de medição da qualidade de um serviço (Lam, 1997) uma vez que vários são os estudos (consultar *inter alia* Pakdil & Harwood, 2005; Taner & Antony, 2006; Andaleeb *et al.*, 2007) que sugerem que uma escala de medição de qualidade de serviço personalizada

como a que o constitui pode ser adequadamente utilizada para medir a qualidade percebida de um serviço (Melo *et al.*, 2017).

Friedman (1979), falava de uma "qualidade na percepção" – a qualidade subjectiva, isto é, a qualidade que é “vista, percebida ou sentida” pelo paciente a quem é prestado o serviço – e que, de acordo com Gronroos (1984), resulta da comparação feita pelo paciente, entre a percepção da experiência do serviço médico prestado e as suas prévias expectativas à prestação desse serviço (Lam, 1997). Segundo Zeithaml (1988), a percepção de que a prestação do serviço médico foi feita com qualidade ocorrerá quando esta corresponde ou excede o nível de expectativa dos utentes, afectando, portanto, a satisfação dos mesmos (Lam, 1997). A maioria dos utentes não possui conhecimentos para avaliar, de facto, a qualidade dos processos, quer diagnóstico, quer terapêutico e, assim sendo, os utentes baseiam a sua avaliação da qualidade em factores interpessoais e ambientais, os quais os profissionais de saúde sempre consideraram ser menos importantes (Lam, 1997).

A escala SERVQUAL foi desenvolvida por Parasuraman *et al.* (1988) e constitui-se num instrumento capaz de medir a qualidade de um vasto leque de serviços. Na sua forma original, é composta, por norma, por vinte e dois pares de itens do tipo Likert – vinte e dois dos quais medem o nível de serviço esperado pelos entrevistados, de acordo com um determinado sector de serviços, sendo que os outros vinte e dois itens correspondem ao nível de serviço percebido, fornecido por uma determinada organização, dentro desse sector de serviços (Lam, 1997). A título de esclarecimento, importa referir que é utilizada uma escala de Likert composta por sete pontos, geralmente usada para medir cada item, variando entre "discordo totalmente" (1) e "concordo totalmente" (7) e que cada um dos vinte e dois itens, projectados para caber em cinco dimensões (abaixo descritas), aparece duas vezes, como que em dois questionários que são entregues aos utentes, usuários ou clientes: o primeiro avalia as expectativas do agente (antes de experimentar o serviço) e o segundo determina o nível de serviço percebido, que é fornecido pela organização (percepções do agente), de acordo com Melo *et al.*, (2017).

Neste sentido, a qualidade do serviço é medida pela diferença entre o nível percebido e o nível esperado em relação ao serviço prestado. Parasuraman *et al.* (1988) também afirmam a existência de cinco dimensões da qualidade do serviço, aplicáveis às organizações prestadoras de serviços em geral:

1. A tangibilidade – que diz respeito a instalações físicas, equipamentos e aparência dos profissionais;
2. A confiabilidade – que se relaciona com aspectos como a capacidade de realizar o serviço prometido com confiança e precisão;
3. A responsabilidade ou capacidade de resposta – que se baseia na disposição para ajudar os clientes e fornecer um serviço rápido;
4. A garantia – relativa ao conhecimento e cortesia dos funcionários e sua capacidade de inspirar confiança;
5. A empatia – relacionada com o cuidado e atenção individualizada aos clientes.

As imagens seguintes (figuras n.º 2 e n.º 3) evidenciam as vinte e duas questões que compõem o questionário de Parasuraman *et al.* (1988), quer nas expectativas, quer nas percepções, respectivamente, no seu formato original.

E1.	They should have up-to-date equipment.
E2.	Their physical facilities should be visually appealing.
E3.	Their employees should be well dressed and appear neat.
E4.	The appearance of the physical facilities of these firms should be in keeping with the type of services provided.
E5.	When these firms promise to do something by a certain time, they should do so.
E6.	When customers have problems, these firms should be sympathetic and reassuring.
E7.	These firms should be dependable.
E8.	They should provide their services at the time they promise to do so.
E9.	They should keep their records accurately.
E10.	They shouldn't be expected to tell customers exactly when services will be performed. (–) ^b
E11.	It is not realistic for customers to expect prompt service from employees of these firms. (–)
E12.	Their employees don't always have to be willing to help customers. (–)
E13.	It is okay if they are too busy to respond to customer requests promptly. (–)
E14.	Customers should be able to trust employees of these firms.
E15.	Customers should be able to feel safe in their transactions with these firms' employees.
E16.	Their employees should be polite.
E17.	Their employees should get adequate support from these firms to do their jobs well.
E18.	These firms should not be expected to give customers individual attention. (–)
E19.	Employees of these firms cannot be expected to give customers personal attention. (–)
E20.	It is unrealistic to expect employees to know what the needs of their customers are. (–)
E21.	It is unrealistic to expect these firms to have their customers' best interests at heart. (–)
E22.	They shouldn't be expected to have operating hours convenient to all their customers. (–)

Figura n.º 2

“O SERVQUAL de Parasuraman *et al.* – Expectativas”

Fonte: Parasuraman, A.; Zeithaml, V. A.; & Berry, L. L. (1988)

P1.	XYZ has up-to-date equipment.
P2.	XYZ's physical facilities are visually appealing.
P3.	XYZ's employees are well dressed and appear neat.
P4.	The appearance of the physical facilities of XYZ is in keeping with the type of services provided.
P5.	When XYZ promises to do something by a certain time, it does so.
P6.	When you have problems, XYZ is sympathetic and reassuring.
P7.	XYZ is dependable.
P8.	XYZ provides its services at the time it promises to do so.
P9.	XYZ keeps its records accurately.
P10.	XYZ does not tell customers exactly when services will be performed. (–)
P11.	You do not receive prompt service from XYZ's employees. (–)
P12.	Employees of XYZ are not always willing to help customers. (–)
P13.	Employees of XYZ are too busy to respond to customer requests promptly. (–)
P14.	You can trust employees of XYZ.
P15.	You feel safe in your transactions with XYZ's employees.
P16.	Employees of XYZ are polite.
P17.	Employees get adequate support from XYZ to do their jobs well.
P18.	XYZ does not give you individual attention. (–)
P19.	Employees of XYZ do not give you personal attention. (–)
P20.	Employees of XYZ do not know what your needs are. (–)
P21.	XYZ does not have your best interests at heart. (–)
P22.	XYZ does not have operating hours convenient to all their customers. (–)

Figura n.º 3

“O SERVQUAL de Parasuraman *et al.* – Percepções”

Fonte: Parasuraman, A.; Zeithaml, V. A.; & Berry, L. L. (1988)

As lacunas do serviço (“gaps”), calculadas através da pontuação de percepção menos a expectativa, materializa-se se as expectativas são (ou não) alcançadas. Isso pode ser analisado individualmente (por item) ou de forma agregada (por dimensão ou mesmo globalmente), permitindo que uma organização avalie e distinga as principais falhas na qualidade do serviço (Melo *et al.*, 2017).

Para Lam (1997), a utilidade do SERVQUAL permanece não resolvida, até porque existem poucas pesquisas sobre a validade do SERVQUAL em ambiente hospitalar fora dos EUA. No entanto, para este autor, o resultado do processo de medição/avaliação poderá fornecer aos gerentes informações adicionais para melhorar a qualidade do seu serviço nas organizações de cuidados de saúde (Lam, 1997).

De acordo com a análise de alguns estudos internacionais consultados (vide, *inter alia*, Babakus & Mangold, 1992; Ramanujam, 2011; Dean, 1999; Lam, 1997), a utilização da ferramenta SERVQUAL na área da saúde mostrou-se útil. No caso português, ainda não foram levados a cabo estudos relativos à utilização desta ferramenta, à exceção de uma investigação de Rita Lima (2016) e, na sequência dele, um estudo publicado por Melo *et al.* (2017). Neste sentido, justifica-se a importância do nosso estudo e, se possível, uma comparação com os estudos já realizados.

Segundo Rosa *et al.* (2014), a literatura actual sobre ferramentas da qualidade assinala como principais causas para a sua não aplicação com frequência a falta de informação sobre os benefícios do uso das mesmas e a falta de capacidade para aplicação de conhecimentos, a formação mal planeada, a falta de apoio ou a má selecção de ferramentas. Neste sentido, será preciso compreender qual a sua finalidade pois só assim se poderá fazer um uso adequado destas ferramentas que, desta forma, possibilitam o controlo, a análise, a organização e a tomada de decisões, sendo transversais a todos os sectores de actividade e a toda a organização.

PARTE II
Trabalho Empírico

1. Estágio

1.1 Apresentação da Entidade de Acolhimento: o Centro Hospitalar do Baixo Vouga, E.P.E.

Começamos por apresentar esta organização hospitalar numa perspectiva histórica e remontemos, assim, à sua origem. Fundado em 1845 por D. Manuel I, este Hospital foi inicialmente designado por Hospital da Misericórdia de Aveiro. Em 1895, o Visconde da Silva Melo, provedor da Santa Casa, interessou-se pela construção de um novo hospital e as obras iniciaram-se uns anos mais tarde, em 1901. Apesar de em 1914 já receber doentes, as obras foram oficialmente concluídas em 1915. Com o correr dos anos, o consequente aumento da população e, sobretudo, da exigência crescente que esta já mostrava em relação à prestação de cuidados de saúde, em 1957, inicia-se um novo alargamento das suas instalações. Estes alargamentos e remodelações revelaram-se constantes na vida da Instituição e, em 1976, após a conclusão da construção do actual Bloco 7, o Hospital passou a Distrital, tendo assumido o nome de Hospital Distrital de Aveiro. Já em 1987/1988 foi construído um novo edifício – o Bloco 8 – e remodelou-se o Bloco 6. As obras da Unidade de Cuidados Intensivos Polivalente (UCI) iniciaram-se no final de 1999, e este serviço, após obras de remodelação em 2001, assumiu o nome de Serviço de Medicina Intensiva (SMI). Em Maio de 2006, depois de ter sido – através do Decreto-Lei 233/2005 de 29 de Dezembro – transformado em Entidade Pública Empresarial (E.P.E.), o Hospital de Aveiro comemorou o seu trigésimo aniversário enquanto Hospital Distrital (Centro Hospitalar do Baixo Vouga, E.P.E, 2016).

Elucidados, ainda que de uma forma breve, acerca do seu passado, cumpre apresentar a história mais recente deste Hospital. Assim, criado pelo Decreto-lei 30/2011 de 2 de Março, o Centro Hospitalar do Baixo Vouga, E.P.E. integra na mesma organização três unidades hospitalares: o Hospital Infante D. Pedro, E.P.E, em Aveiro (sua sede social), o Hospital Distrital de Águeda e o Hospital Visconde de Salreu, em Estarreja. Esta foi uma medida estratégica e prioritária do XIX Governo Constitucional para a área da saúde e que visa a prossecução de uma política de avaliação de oportunidades de fusão e de concentração de serviços que revelem sobreposição de capacidades instaladas, pretendendo a reorganização da Rede Hospitalar. O objectivo seria concretizar uma maior equidade territorial e uma utilização mais racional e eficiente dos recursos disponíveis (Regulamento Interno do Centro Hospitalar do Baixo Vouga,

E.P.E., 2013). É uma Pessoa Colectiva de Direito Público, dotada de personalidade jurídica, autonomia administrativa, financeira e patrimonial. É também uma Entidade Pública Empresarial integrada no Serviço Nacional de Saúde (Artigo 2º do Regulamento Interno do Centro Hospitalar do Baixo Vouga, E.P.E., 2013).

Para criar condições ao exercício de uma medicina moderna que se baseie no bem-estar do utente e na satisfação dos seus profissionais, o Centro Hospitalar do Baixo Vouga, E.P.E. adopta um modelo de “Governança Clínica” que pretende garantir a melhoria contínua da qualidade dos serviços e cuidados prestados com vista à excelência, através da adopção de boas práticas a todos os níveis e por todos os profissionais (Regulamento Interno do Centro Hospitalar do Baixo Vouga, E.P.E., 2013).

De acordo com a sua missão, o Centro Hospitalar do Baixo Vouga pretende “prestar, em tempo útil e com um elevado nível de qualidade, efectividade, eficiência e custos socialmente comportáveis, cuidados de saúde diferenciados, articulando-se com outros Serviços de Saúde e Sociais da Comunidade que serve, bem como com a Rede de Cuidados de Saúde Primários e com a Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados, apostando na motivação e satisfação dos seus Profissionais e Colaboradores” (Centro Hospitalar do Baixo Vouga, E.P.E., 2016). Desta forma, com a sua actividade, ambiciona assegurar a cada utente os cuidados de que carece, de acordo com as melhores práticas médicas e numa lógica de governação clínica, promovendo, ao mesmo tempo, uma eficiente utilização dos recursos disponíveis.

O Centro Hospitalar do Baixo Vouga pretende também desempenhar uma “Função Formação”, necessária e adequada à actualização e monitorização de competências dos seus colaboradores, para, desta forma, acompanhar a dinâmica do conhecimento. Para tal, determina como seus parceiros privilegiados os ACES (Agrupamento de Centros de Saúde) do Baixo Vouga e a Universidade de Aveiro.

Neste sentido, o Centro Hospitalar do Baixo Vouga, E.P.E. pretende ser reconhecido na comunidade pela excelência clínica, eficácia e eficiência, assumindo-se como um Centro Hospitalar de referência. No alcance de um forte compromisso com a investigação, a inovação e o desenvolvimento tecnológico e terapêutico, constitui-se, também, como uma referência ao nível da formação pré-graduada e contínua (Centro Hospitalar do Baixo Vouga, E.P.E., 2016).

Este Centro Hospitalar e os seus profissionais e colaboradores, no desenvolvimento da sua actividade, regem-se por valores e princípios que passam pela responsabilidade e transparência, ética profissional (que sustenta a confiança interna

recíproca e a responsabilidade pública); respeito pela dignidade humana, pela diversidade cultural e pelos direitos dos utentes/doentes; cultura do conhecimento e da excelência técnico-profissional; colocação do doente no centro de todos os processos e decisões; melhoria contínua da qualidade num ambiente seguro e amigável; promoção do mérito, do rigor e da avaliação sistemática; actividade orientada para os resultados; cultura interna de multidisciplinaridade; trabalho em equipa e multiprofissional; satisfação dos profissionais e colaboradores; satisfação e confiança de todos os seus utentes/doentes; e respeito pelo ambiente. Rege-se este Centro Hospitalar, também, pelos valores a prosseguir por qualquer Serviço Público e que são, igualmente, os mais frequentemente proclamados nos países da Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico: a imparcialidade, a legalidade, a integridade, a eficiência, a transparência, a responsabilidade, a igualdade e a justiça. A estes, acrescem os deveres enunciados no “Estatuto Disciplinar dos Trabalhadores que Exercem Funções Públicas”, a Lei nº58/2008 de 9 de Setembro e as regras e os princípios da “Carta Deontológica do Serviço Público” da Resolução do Conselho de Ministros nº 18/93 (Artigo 4º do Regulamento Interno do Centro Hospitalar do Baixo Vouga, E.P.E., 2013).

De acordo com o artigo 6º do Regulamento Interno do Centro Hospitalar do Baixo Vouga, E.P.E, os objectivos desta organização passam pela prestação de cuidados de saúde diferenciados, em tempo clinicamente adequado e com elevados critérios de qualidade e humanidade; pela intervenção na prevenção da doença; a optimização da utilização de recursos disponíveis; a promoção do ensino, investigação e formação profissional como condição para uma prática de excelência; a prossecução de uma melhoria contínua da qualidade no âmbito do modelo de “Governação Clínica”; o apoio ao desenvolvimento de programas de melhoria da eficiência operacional e da gestão clínica, num quadro de desenvolvimento económico e financeiro equilibrado e sustentável; o desenvolvimento de áreas de diferenciação e referência na prestação de cuidados de saúde; a instituição de uma política de formação contínua ao nível de todos os colaboradores; a promoção da actuação integrada deste Centro Hospitalar com outras Unidades de Saúde de modo a que o utente seja assistido no estabelecimento mais adequado; a prossecução de uma política de responsabilização “por resultados”; e o incentivo ao desenvolvimento de projectos de prestação de cuidados de saúde em ambulatório ou apoio ao domicílio, de forma a minimizar o impacto da hospitalização.

Relativamente à área de influência física que detém, esta corresponde praticamente à totalidade do “Baixo Vouga”, à excepção dos concelhos de Ovar, Anadia

e Mealhada. No entanto, esta delimitação geográfica definida para o Centro Hospitalar do Baixo Vouga não pode conflitar com o princípio da universalidade e da liberdade de escolha, respeitando, sempre, as regras de organização e articulação com as Redes de Referenciação Hospitalares e de Cuidados de Saúde Primários, definidas ou que venham a ser definidas posteriormente. Contudo, sempre que considerar estrategicamente oportuno, este Centro Hospitalar, com o objectivo de alcançar níveis de eficiência e rentabilização dos recursos estabelecidos em “Contratos-Programa”, poderá prestar cuidados de saúde fora da sua área de influência directa, nas especialidades já existentes ou em outras que venha a ser possível criar, preferencialmente na região do Baixo Vouga (Artigo 8º do Regulamento Interno do Centro Hospitalar do Baixo Vouga, E.P.E., 2013).

A preocupação nuclear deste Centro Hospitalar passa por monitorizar e assegurar os objectivos “qualidade” e “eficiência” na prestação de cuidados de saúde, assim como a prossecução do “princípio da responsabilização da gestão”, apostando num modelo de gestão participada que compreende níveis de gestão estratégica, intermédia e operacional (Artigo 10º do Regulamento Interno do Centro Hospitalar do Baixo Vouga, E.P.E., 2013).

Como referido anteriormente, a estrutura clínica adopta o modelo de “Governança Clínica”, de forma a garantir uma melhoria contínua da qualidade, que pressupõe o envolvimento de todos os profissionais, baseando-se, de forma simultânea, num controlo rigoroso do exercício profissional, que se pretende auto-regulado e de responsabilização pelas práticas. Para tal, deverão ser previamente definidos padrões aceitáveis e implementado um sistema integrado que garanta a qualidade dos mesmos, de modo a que fique evidenciado o desempenho dos profissionais (Artigo 11º do Regulamento Interno do Centro Hospitalar do Baixo Vouga, E.P.E., 2013).

Em relação à estrutura orgânica, o Centro Hospitalar do Baixo Vouga, E.P.E. compreende três órgãos: o Conselho de Administração, o Fiscal Único e o Conselho Consultivo (Artigo 12º do Regulamento Interno do Centro Hospitalar do Baixo Vouga, E.P.E., 2013). Nomeado por Despacho Conjunto de Suas Excelências, os Ministros das Finanças e da Saúde, o Conselho de Administração é actualmente composto pelo Dr. Aurélio Rodrigues (Presidente), a Dr.ª Anabela Barcelos (Directora Clínica), o Enfermeiro Carlos Jorge Simões (Enfermeiro Director), a Dr.ª Célia Cravo e a Dr.ª Rosa Tomás (Vogais Executivas). O Centro Hospitalar vincula-se pela assinatura de, pelo menos, dois membros deste seu Conselho de Administração. Em relação ao Fiscal Único, a sua nomeação, natureza, mandato, exercício de funções, regime de substituição e competências constam dos Estatutos dos Hospitais E.P.E (Artigo 21º do Regulamento

Interno do Centro Hospitalar do Baixo Vouga, E.P.E., 2013). Relativamente ao Conselho Consultivo, de acordo com o artigo 23º do Regulamento Interno do Centro Hospitalar do Baixo Vouga, E.P.E. (2013), este é um órgão de consulta deste Centro Hospitalar, cuja composição, competências, mandato dos seus membros e modo de funcionamento constam também dos Estatutos dos Hospitais E.P.E. Para a actuação em matérias especializadas de interesse comum e com carácter consultivo, o Centro Hospitalar do Baixo Vouga, E.P.E., poderá constituir Comissões de apoio técnico eventuais ou permanentes, como é o caso da Comissão da Qualidade e Segurança do Doente (Artigo 24º do Regulamento Interno do Centro Hospitalar do Baixo Vouga, E.P.E., 2013), a que mais nos interessa analisar neste trabalho. A esta, cabe, de acordo com o artigo 28º do Regulamento Interno do Centro Hospitalar do Baixo Vouga, E.P.E. (2013), a promoção e o desenvolvimento de uma cultura de qualidade, segurança e humanização que satisfaça os objectivos estratégicos deste Centro Hospitalar e lhe confira o reconhecimento de excelência, num quadro de respeito pelas recomendações da União Europeia. A política de qualidade e segurança a prosseguir-se deverá incluir a aplicação global, sectorial ou local de normas de certificação e de acreditação. Esta Comissão é presidida pelo Presidente do Conselho de Administração (ou por elemento que este delegue) e deverá ser constituída por uma equipa pluridisciplinar, cujos membros deverão ser oriundos de diferentes sectores profissionais, nomeada pelo Conselho de Administração, sob proposta do Director Clínico. Compete à Comissão de Qualidade e Segurança do Doente, nomeadamente, apoiar o Conselho de Administração na definição da política de qualidade, segurança e humanização, orientada para o utente, num contexto de melhoria contínua; a aplicação do plano relativo a estas três áreas; a avaliação, de modo contínuo e sistemático, das diferentes dimensões da qualidade, incluindo os custos da não qualidade; a promoção do desenvolvimento de políticas orientadas para a satisfação dos utentes; a análise dos relatórios provenientes do “Gabinete do Utente” e a proposta de medidas correctivas; e a definição dos critérios de avaliação, acompanhamento e monitorização da qualidade dos serviços.

No que concerne à sua estrutura, o Centro Hospitalar do Baixo Vouga, E.P.E., encontra-se organizado em três áreas distintas: Departamentos, Serviços ou Unidades Funcionais; Serviços de Apoio Logístico Directo à prestação de cuidados; e Serviços de Apoio Logístico Geral (Artigo 37º do Regulamento Interno do Centro Hospitalar do Baixo Vouga, E.P.E., 2013). Relativamente ao Serviço, esta é a unidade básica da organização, sendo dirigida por responsável próprio; as Unidades Funcionais são

agregações especializadas de recursos humanos e tecnológicos, integradas em Serviços ou partilhadas por Serviços distintos; o Departamento é um conjunto de Serviços e/ou Unidades Funcionais que se encontram agregados numa orientação técnica comum, pela afinidade dos cuidados prestados (Artigo 38º do Regulamento Interno do Centro Hospitalar do Baixo Vouga, E.P.E., 2013). Cada Departamento, Serviço ou Unidade terá um responsável pelas funções de direcção, chefia e coordenação (Artigo 39º do Regulamento Interno do Centro Hospitalar do Baixo Vouga, E.P.E., 2013). Esta estrutura organizacional contempla a existência dos seguintes Departamentos, Serviços e Unidades de Prestação de Cuidados: Departamento Médico, Departamento Cirúrgico, Departamento de Psiquiatria e Saúde Mental, Departamento da Mulher e da Criança, Departamento de Urgência/Emergência e Medicina Intensiva e Departamento de Meios Complementares de Diagnóstico e Terapêutica (Artigo 47º do Regulamento Interno do Centro Hospitalar do Baixo Vouga, E.P.E., 2013). Já os Serviços de Apoio Directo à Prestação de Cuidados são: Esterilização, Serviços Farmacêuticos, Serviços de Nutrição e Alimentação, Serviço Social, Gabinete do Utente, Arquivo Clínico e Assistência Espiritual (Artigo 48º do Regulamento Interno do Centro Hospitalar do Baixo Vouga, E.P.E., 2013). Relativamente aos Serviços de Gestão e Logística, a estrutura organizacional deste Centro Hospitalar compreende: Serviço de Gestão de Doentes, Serviços Financeiros, Serviços de Gestão de Recursos Humanos, Serviço de Aprovisionamento e Gestão de Materiais, Serviços Hoteleiros, Serviço de Informática e Análise de Sistemas, Serviço de Instalações e Equipamentos, Serviço de Investigação e Formação (Artigo 49º do Regulamento Interno do Centro Hospitalar do Baixo Vouga, E.P.E., 2013) e ainda o Gabinete de Controlo de Gestão, o Gabinete Jurídico, o Gabinete de Ambiente e Segurança no Trabalho e o Gabinete de Comunicação (Centro Hospitalar do Baixo Vouga, E.P.E., 2016). Para uma melhor compreensão da estrutura organizacional que acabou de ser explicitada, recomenda-se a análise do Organigrama do Centro Hospitalar do Baixo Vouga, E.P.E., abaixo indicado.

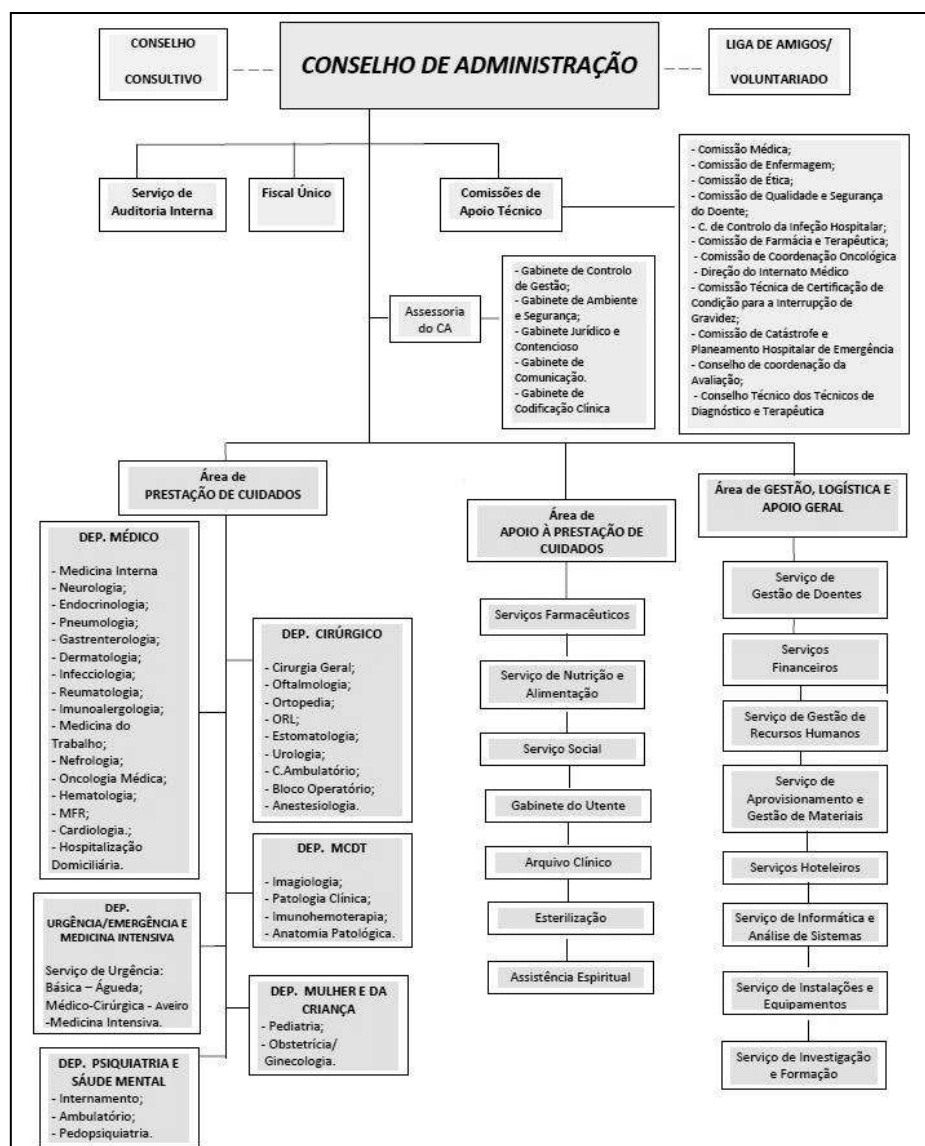


Figura n.º 4

“Organograma do Centro Hospitalar do Baixo Vouga”

Fonte: Portal do Centro Hospitalar do Baixo Vouga, E.P.E. (2016)

1.2. O Gabinete de Comunicação

O presente estágio tem lugar, mais concretamente, no Gabinete de Comunicação deste Centro Hospitalar, que tem por funções a definição de políticas de comunicação interna e externa, facilitadoras da integração dos utentes e do bom desempenho e integração dos profissionais (Centro Hospitalar do Baixo Vouga, E.P.E., 2016). É actualmente dirigido pela Dr.^a Rosa Martins, supervisora de todas as actividades que se irão desenvolver no âmbito do projecto que este estágio pretende levar a cabo. A realização do estágio neste Gabinete justifica-se pelo facto de ser a este que compete a

implementação do actual instrumento de avaliação da satisfação dos utentes e consequente recolha de dados e esta é razão pela qual nele se decidiu, por sugestão da entidade de acolhimento, levar a cabo as actividades de estágio que, importa referir, serão oportunamente elencadas neste Relatório de Estágio.

Neste sentido, cumpre apresentar este Gabinete, criado em 2006, que funciona como um dos serviços de apoio à gestão e logística do CHBV e tem por funções a definição de políticas de comunicação interna e externa, uma vez que a complexidade inerente a uma instituição desta ordem, exige uma estratégia de comunicação que possibilite a integração dos utentes e o bom desempenho dos profissionais. Neste sentido, é função do Gabinete de Comunicação definir modelos, mensagens de comunicação a passar e respectivos meios, assim como gerir relações com os órgãos da Comunicação Social regional e local. É igualmente tarefa deste Gabinete, prestar apoio a todos os Serviços cujas actividades se relacionem com informação e promoção da saúde junto da comunidade, na tentativa de encontrar parceiros que proporcionem a realização de iniciativas mais onerosas, em termos financeiros e logísticos. É ainda responsável pela manutenção de conteúdos do sistema interno de comunicação (Intranet) e da Internet (site e redes sociais), tendo por missão proceder à coordenação e supervisão do Serviço Informativo (da Urgência e do Internamento), assim como da Central telefónica e, ainda, a gestão das visitas a doentes internados (Centro Hospitalar do Baixo Vouga, E.P.E., 2016).

1.3. Actividades desenvolvidas no âmbito do Estágio

Importa referir que o mencionado estágio teve início no dia 17 de Outubro de 2016 e término no dia 31 de Maio de 2017, em cumprimento do acordo estabelecido entre as partes. Até final de Dezembro de 2016, as actividades de estágio decorreram apenas da parte da manhã de cada dia útil (das 9 horas às 12 horas e 30 minutos), pelo facto de fazer ainda parte do plano de estudos, neste primeiro semestre, uma disciplina de apoio ao Estágio, denominada de Seminário de Integração e Orientação e a qual implicava a realização de alguns trabalhos e apresentações e, neste sentido, a necessidade de algum tempo diário disponível para tal.

Cumpr, também neste capítulo, fazer referência às actividades desenvolvidas no âmbito do referido estágio. De forma a proporcionar uma melhor percepção das tarefas realizadas, optou-se pela adopção de uma estratégia de divisão das actividades

desenvolvidas (e que estão a cargo do Gabinete de Comunicação) de acordo com as relações profissionais estabelecidas:

a) Actividades desenvolvidas em estreita relação com os utentes:

- Atendimento telefónico e pré-inscrição de grávidas para o curso de preparação para o parto ou pós-parto, assim como posterior comunicação telefónica da lista de grávidas a integrar os mencionados cursos;
- Recolha das autorizações dos pais interessados na divulgação do nascimento do seu filho no jornal local, junto do Serviço de Ginecologia e Obstetrícia;
- Colaboração no reforço do Serviço Informativo (atendimento ao público via telefone, presencialmente e entrega/recolha de cartão de visitas aos internados) em dias de reunião destes colaboradores com a chefia.

b) Actividades desenvolvidas em estreita relação com os profissionais do CHBV:

- Participação em reuniões com vista à preparação de eventos;
- Recolha dos inquéritos de satisfação dos utentes do CHBV nos mais diversos serviços e colaboração na inserção de dados na plataforma dedicada ao efeito, de forma a, posteriormente, comunicar os resultados aos responsáveis pela sua análise;
- Colaboração nas mais variadas tarefas a cargo do Gabinete de Comunicação;
- Colaboração em diversas tarefas por solicitação de elementos do Conselho de Administração do CHBV.

c) Actividades desenvolvidas em estreita relação com os utentes, colaboradores, profissionais de saúde do CHBV e profissionais externos ao Hospital, em simultâneo:

- Colaboração na organização e participação em eventos:

- Conferências, palestras, acções formativas (no CHBV ou no exterior, como por exemplo, junto de escolas), rastreios, comemorações, assinatura de protocolos com outras entidades, concursos e encontros entre Serviços, sessões de sensibilização e lançamento de um livro (“A Vida Entre Parêntesis – Ser mais forte do que o cancro”). É de salientar a apresentação de alguns dos referidos eventos.

d) Actividades desenvolvidas em estreita relação com profissionais não pertencentes ao CHBV:

- Participação em reuniões relativas à organização de eventos no CHBV e colaboração na condução do processo;
- Colaboração na recepção de entidades promotoras de eventos no CHBV;
- Participação em reunião relativa à melhoria do actual instrumento de avaliação da satisfação dos utentes do CHBV (e concretização das mudanças previstas no modelo usado, a pedido destes profissionais).

Neste sentido, vários e visíveis foram os contributos conseguidos através da realização do mencionado estágio e os quais, adiante, se apresentam.

De uma forma geral, pode afirmar-se, com certeza, que a sua realização se constituiu como uma importante componente de formação, não só académica e profissional, como também pessoal. Assim, de forma mais específica, pensa-se que o maior dos contributos tenha sido a possibilidade de inserção numa organização deste nível, e, portanto, o contacto com uma realidade de trabalho que, após dois ciclos de estudos, se mostrava necessária ao amadurecimento profissional e pessoal. Para além da criação de uma rotina, esta inserção num contexto laboral permitiu, também, a construção de uma postura mais formal e responsável, contribuindo também para uma melhor visão dos processos, para o desenvolvimento de relações no âmbito do trabalho e, também assim, para a aprendizagem de trabalho em equipa e treino do discurso oral e escrito. Para além do já mencionado, esta possibilidade de aplicação, na prática, dos conhecimentos obtidos teroricamente, permitiram a aquisição de outros, o que só se apresenta possível aquando do contacto com os problemas reais.

Assim sendo, depois de tudo o que foi exposto e de modo conclusivo, podem reiterar-se os multifacetados contributos do estágio realizado, sobretudo ao nível da aquisição de experiência, capaz de proporcionar uma preparação adequada a dar resposta às exigências do mercado de trabalho.

“Do trabalho e da experiência, aprendeu o Homem a ciência.”

(Provérbio Português)

2. Metodologia

Depois de apresentado o cenário teórico-conceitual que, enquanto suporte deste Relatório de Estágio, é sustentado por uma revisão da literatura, através da análise de bibliográfica constante em livros, artigos e documentos pertinentes, de forma a se perceber, com alguma clareza, a temática da gestão da qualidade e, mais concretamente, no sector público e no domínio dos cuidados de saúde, cumprem-se os objectivos específicos, num primeiro nível.

Ultrapassada esta primeira etapa, caminhamos a passos largos, agora num segundo nível, para o alcance do objectivo principal deste trabalho, que passa por aferir a satisfação dos utentes do CHBV em relação aos cuidados prestados. Para tal, será necessário desenvolver um conjunto de tarefas que permitam alcançar este objectivo do ponto de vista empírico.

Assim sendo, a primeira tarefa passa por se perceber se na organização, no caso, o CHBV, está a ser implementado algum sistema ou instrumento de avaliação da qualidade dos serviços prestados. Em caso afirmativo, será necessário, então, perceber quais as suas vantagens e limitações para que, à luz das ferramentas conhecidas, possa ser concebido um instrumento de avaliação da qualidade adequado ao contexto organizacional. A fase seguinte passa pela aplicação do instrumento e, de acordo com os resultados obtidos, aferir a satisfação dos utentes do CHBV. Nos próximos parágrafos, vamos tentar explicitar a realização e desencadeamento de cada uma das tarefas acabadas de elencar.

A primeira tarefa desempenhada revelou a existência de um instrumento de avaliação da satisfação dos utentes implementado no hospital (disponível no anexo II). Nesse sentido, surge a necessidade de ser feita uma análise ao referido instrumento (apresentada, seguidamente, no ponto 3.1), de documentos estratégicos a ele referentes e de, numa fase posterior, ser levada a cabo uma série de conversas informais e um leque de entrevistas a elementos cruciais na elaboração, implementação, recolha e análise de dados obtidos através do mesmo, de modo a se conhecerem suas vantagens e limitações. Por esta razão, torna-se imperativa a construção de um guião, suporte das entrevistas a realizar, sobretudo, aos Directores de Serviço de cada especialidade médica alvo de aplicação do referido instrumento de avaliação da satisfação dos utentes (que pode ser consultado no anexo I e cujos dados através dele obtidos serão expostos seguidamente, no ponto 3.2). Esta tarefa permitiu comprovar a necessidade de implementação de um

novo instrumento de avaliação da satisfação dos utentes em relação à qualidade dos serviços prestados pela organização e, deste modo, depois da revisão da literatura (não sistemática) realizada em torno das ferramentas que permitem aferir a satisfação dos utentes nos serviços de saúde, considerou-se importante proceder à implementação de um instrumento de avaliação baseado no modelo SERVQUAL, por nós anteriormente já explicado. Este modelo, inicialmente desenvolvido por Parasuraman *et al.* (1988), como referido anteriormente, tem sido tradicionalmente usado na avaliação da satisfação dos utentes (Lam, 1997).

Tivemos já, em capítulo próprio (especificamente, no ponto 3.2 da PARTE I), oportunidade de perceber a estrutura do instrumento de avaliação SERVQUAL. Cumpre, neste momento de clarificação metodológica, expor o seu processo de implementação.

O estudo, na prática, envolveu, portanto, o preenchimento do questionário construído (disponível no anexo III), segundo o modelo SERVQUAL, pelo utente, escolhido aleatoriamente, aquando da primeira consulta de doze das especialidades do CHBV: Endocrinologia, Nefrologia, Medicina Física e Reabilitação, Ginecologia e Obstetrícia, Medicina Interna, Dermatologia, Ortopedia, Otorrinolaringologia, Urologia, Anestesiologia, Pediatria e Imunoalergologia. Uma vez que a recolha de dados é conduzida somente por uma pessoa e num curto espaço de tempo, não seria viável aplicar o referido instrumento a todo o hospital e, por esta via, surge a necessidade de escolha das referidas doze especialidades. Esta não foi aleatória e justifica-se pelo facto de um trabalho semelhante a este ter sido realizado por Rita Lima, em 2016, no Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia/Espinho podendo, desta feita, fazer-se uma genérica comparação entre as duas realidades hospitalares, a qual pensamos poder acrescentar valor à investigação. Pretende-se, desta forma, discutir a qualidade dos serviços prestados pelo hospital, avaliando o nível de satisfação do paciente, de acordo com o género, idade e a especialidade médica.

A recolha de dados pretende, assim, avaliar as perspectivas e percepções do utente em relação aos cuidados que lhe são prestados, numa primeira consulta de especialidade (pois só assim se poderão medir as suas reais expectativas), o que implicará o preenchimento do questionário, por si, em dois momentos: um prévio (de forma a apurar as suas expectativas) e um posterior à consulta (para se analisarem as suas percepções). A sua aplicação, *in loco*, foi assegurada pela investigadora, tendo os questionários sido entregues aos utentes, sobretudo, no espaço da Consulta Externa do CHBV, aquando da efectivação da sua consulta, nas salas de espera correspondentes a cada especialidade

médica, entre os dias 20 de Julho e 29 de Agosto de 2017. Foram entregues cento e dezoito inquéritos e devolvidos, devidamente consentidos² e preenchidos, cento e treze. A confidencialidade e o anonimato dos participantes foram garantidos e os dados recolhidos usados, exclusivamente, no âmbito do presente estudo.

Os dados recolhidos através dos questionários foram inseridos e analisados através do programa Excel, de diferentes formas. Primeiramente, foi realizada uma análise geral (por género, faixa etária e especialidade médica); seguidamente, procedeu-se a uma análise por questão e dimensão, calculando-se a média e o desvio-padrão, tanto em relação às expectativas como às percepções; e, finalmente, foi feita uma análise dos GAP, que constituem a diferença entre percepções e expectativas. No entanto, para determinar a consistência interna de todos os componentes, foi calculado, através do SPSS, o Alfa de Cronbach, tanto para as expectativas como para as percepções.

Os resultados obtidos serão apresentados e discutidos em ponto próprio deste Relatório de Estágio e, de acordo com o objectivo inicial, espera-se que permitam apurar a actual satisfação dos utentes do CHBV em relação aos cuidados prestados por alguns dos seus serviços e, desta forma, transmitir algumas informações à organização hospitalar que lhe permita melhorar o seu desempenho.

² O documento relativo ao Consentimento Informado, Livre e Esclarecido para Participação em Investigação poderá ser consultado no anexo IV.

3. Apresentação, análise e discussão de resultados

3.1. O actual instrumento de avaliação da satisfação dos utentes do Centro Hospitalar do Baixo Vouga

Após tomarmos conhecimento de que no CHBV estaria actualmente em vigor um instrumento de avaliação da satisfação dos utentes em relação à qualidade dos serviços prestados (disponível para consulta no anexo II), através de conversas informais com os decisores-chave, aquando da chegada à entidade de acolhimento de estágio, tornou-se imperativa a sua análise. A implementação deste mesmo questionário de avaliação da satisfação do utente, surge da necessidade de acreditação dos dois Departamentos do Hospital – Departamento da Mulher e da Criança e Departamento de Psiquiatria e Saúde Mental –, por via do Programa Nacional de Acreditação em Saúde, criado pelo Despacho n.º 69/2009, de 31 de agosto, aprovando o modelo ACSA como modelo de acreditação para as Instituições do Serviço Nacional de Saúde (Direcção Geral da Saúde, 2017; Departamento da Qualidade em Saúde, 2014). Neste sentido, em parceria com a Universidade de Aveiro, foi elaborado e aplicado o referido instrumento, cuja sua distribuição estaria a cargo do Departamento de Comunicação e que seria posteriormente entregue aos Enfermeiros Chefe de cada serviço. Posto isto, seriam distribuídos pelos Enfermeiros de cada serviço e teriam de ser preenchidos pelo próprio utente (ou pelos pais, no caso de serem menores). A recolha e tratamento de dados ficaria, também, a cargo do Departamento de Comunicação que, posteriormente os comunicava a um nível superior, para serem analisados e retiradas as principais conclusões relativas aos resultados. De facto, o instrumento foi aplicado entre os meses de Julho e Dezembro, inclusive, do ano de 2016 (o que se terá repetido em 2017) e foi esse período o experienciado, uma vez que o Estágio decorreu em alguns meses coincidentes com a sua aplicação.

Na tabela n.º 3, podemos observar os Serviços do CHBV que foram alvo de aplicação do inquérito de avaliação da satisfação dos utentes.

Departamentos	Serviços	Serviços inquiridos no questionário aplicado pelo hospital
Departamento Médico	Medicina Interna	Realizado
	Neurologia	Realizado
	Endocrinologia	Realizado
	Pneumologia	Realizado
	Gastroenterologia	Realizado
	Dermatologia	Realizado
	Infecçiology	Realizado
	Reumatologia	Realizado
	Imunolergologia	Não realizado ¹
	Medicina do Trabalho	Não realizado ²
	Nefrologia	Não realizado ¹
	Oncologia Médica	Realizado
	Hematologia	Não realizado ¹
	Medicina Física e Reabilitação	Realizado
	Cardiologia	Realizado
	Hospitalização Domiciliária	Não realizado ³
Departamento Cirúrgico	Cirurgia Geral	Realizado
	Oftalmologia	Realizado
	Ortopedia	Realizado
	Otorrinolaringologia	Realizado
	Estomatologia	Realizado
	Urologia	Realizado
	Cirurgia Ambulatório	Realizado
	Bloco Operatório	Realizado
Departamento de Psiquiatria e Saúde Mental	Anestesiologia	Realizado
	Internamento	Realizado
	Ambulatório	Realizado
Departamento da Mulher e da Criança	Pedopsiquiatria	Realizado
	Pediatria	Realizado
	Obstetrícia/Ginecologia	Realizado
Departamento MCDT	Imagiologia	Realizado
	Patologia Clínica	Realizado
	Imunohemoterapia	Realizado
	Anatomia Patológica	Não realizado ³
Departamento de Urgência/Emergência e Medicina Intensiva	Serviço de Urgência: Básica – Águeda; Médico-Cirúrgica - Aveiro	Realizado
	Medicina Intensiva	Realizado
¹ Sem razão aparente. ² Serviço para funcionários. ³ Serviço não sem atendimento ao público.		

Tabela n.º 3

“Serviços inquiridos no questionário aplicado pelo hospital”

Fonte: Adaptado de documento cedido pelo Centro Hospitalar do Baixo Vouga, E.P.E. (2016)

No sentido do que se acaba de referir, no dia 4 de Abril de 2017, foi a investigadora convidada a estar presente numa reunião com a equipa responsável pela elaboração do presente inquérito. Do encontro deste grupo de trabalho misto, algumas

apreciações aos resultados do inquérito aplicado em 2016 foram tidas em consideração e reiterada a necessidade de dar resposta aos objectivos da avaliação para alcançar a satisfação, não só dos utentes mas também dos próprios profissionais. O primeiro passo para este objectivo seria, na opinião dos presentes, motivar os profissionais na aplicação do inquérito e o utente ao seu preenchimento. Relativamente aos resultados apurados, foi mencionado que seria importante melhorar os aspectos relacionados com os serviços hoteleiros e com a Carta de Direitos e Deveres do utente. Foi ainda referido que se denotam realidades distintas entre os três hospitais do CHBV. Desta reunião, surge ainda a aceitação da sugestão de alteração do espaço para preenchimento de dados pelo utente, nomeadamente em relação à clarificação do agente que preenche o inquérito, assim como à idade do utente. Foi solicitado à investigadora que procedesse a tal alteração.

Quanto ao seu preenchimento por parte dos utentes, uma vez que a investigadora conheceu esta realidade bem de perto aquando da inserção dos dados recolhidos na plataforma indicada, podem ser indicadas algumas notas a esse respeito. É então de salientar que, em primeiro lugar, se revelou ser tendência quase geral a não resposta a muitas das questões (perguntas deixadas “em branco”) e que, especialmente os mais idosos, respondem às questões (colocam a “cruz”) no campo das perguntas e não no das respostas, o que faz denotar a ausência de uma prévia explicação relativamente ao preenchimento e aos conceitos que engloba. Provável consequência desta possível falta de esclarecimento é a não determinação do tipo de serviço em que se encontra, pelo próprio utente (foi muitas vezes notório o assinalamento de todos os campos relativos ao tipo de serviço), o que enviesará, certamente, os resultados. É ainda de salientar que foram detectados 6 inquéritos diferentes dos restantes, num determinado serviço que preferimos salvaguardar e nos quais a pergunta final se apresentava diferente, assim como a escala do terceiro grupo de questões. Tal situação poderá causar, também, um enviesamento dos resultados.

3.2. A perspectiva dos Decisores-Chave do Centro Hospitalar do Baixo Vouga

No sentido de se compreender o ponto de vista dos decisores-chave do CHBV relativamente ao actual sistema de avaliação da satisfação dos utentes, foram entrevistados alguns Directores de Serviço, na medida em que, por via de conversas informais com elementos do Conselho de Administração e outros responsáveis pela implementação deste instrumento avaliativo, já se tinha conhecimento da necessidade de

aplicação de um outro instrumento de avaliação. Pretendia-se que as entrevistas levadas a cabo auxiliassem a construção de um novo modelo de inquérito de satisfação dos utentes, de acordo com modelos de satisfação de gestão da qualidade.

Neste ponto, apresentam-se as informações obtidas através de entrevistas a, concretamente, nove dos Directores de Serviço dos doze serviços aos quais o nosso inquérito se pretendia aplicar – Endocrinologia, Nefrologia, Medicina Física e Reabilitação, Medicina Interna, Ortopedia, Otorrinolaringologia, Anestesiologia, Pediatria e Imunoalergologia – e que para tal mostraram interesse e disponibilidade. Estas entrevistas foram realizadas de forma semiestruturada, conduzidas a partir de um guião previamente elaborado (disponível para consulta no anexo I), englobando um conjunto de tópicos a abordar durante a sua realização, com questões abertas, através das quais se pretendeu conceder uma maior liberdade ao entrevistado em exprimir e justificar a sua opinião, embora sem permitir que o mesmo se afastasse do tema em questão (Sousa & Baptista, 2011). A confidencialidade de todos os entrevistados foi garantida.

Neste sentido, primeiramente, foi nosso propósito apurar o conhecimento ou desconhecimento, por parte destes decisores-chave, em relação ao sistema de avaliação da satisfação dos utentes do CHBV, aplicado em 2016. De acordo com as respostas obtidas, apenas dois dos Directores de Serviço sabiam concretamente da existência do instrumento de avaliação a que nos referíamos. Desses mesmos, um tinha conhecimento de que foi aplicado para apurar a satisfação dos utentes relativamente aos cuidados prestados mas não sabia, em concreto, qual o seu propósito nem como se processou, aspectos apenas conhecidos por um dos Directores de Serviço inquiridos. Percebemos, por esta via, que mais de metade dos entrevistados não tem conhecimentos concretos e sólidos relativamente ao sistema de avaliação da satisfação dos utentes aplicado no hospital. De acordo com o apurado, apenas dois dos Directores de Serviço participaram nesse instrumento de avaliação da satisfação dos utentes e apenas na sua aplicação. Pudémos também perceber que apenas quatro dos entrevistados admitem ter participado num inquérito desta natureza, mas não na área hospitalar e enquanto utentes, embora todos tenham conhecimento da aplicação deste tipo de instrumento em hospitais portugueses e também noutras áreas. Um dos inquiridos admitiu ter participado num inquérito de natureza semelhante que havia circulado entre profissionais. Relativamente à importância que os entrevistados atribuem a este instrumento de avaliação para a melhoria da qualidade dos seus próprios serviços, a maioria reconheceu ser de muita importância a sua aplicação. No que diz respeito aos dados recolhidos, apenas dois

Directores de Serviço tiveram acesso aos mesmos, sendo que, desses, apenas um os utilizou e o outro afirma que, uma vez que “não foram detalhados e só se teve noção de números”, não os conseguiu utilizar concretamente. Relativamente à forma como foram os dados recolhidos utilizados, o Director de Serviço que afirma tê-los utilizado refere que o fez “chamando a atenção dos profissionais hospitalares relativamente ao trato dos utentes e à necessidade de melhoria das instalações”, embora reconheça não ter poder em relação ao último ponto. De acordo com a opinião da maioria dos entrevistados, este instrumento pode, de facto, usar-se como “medida de correcção de falhas”, apresentando-se muito importante para o Centro Hospitalar do Baixo Vouga. Relativamente ao desenvolvimento de acções de melhoria a partir dos resultados da aplicação do referido instrumento de avaliação da satisfação dos utentes neste Centro Hospitalar, sendo que alguns dos entrevistados não responderam objectivamente, dois desconhecem acções de melhoria levadas a cabo, três afirmam não terem sido executadas e apenas um deles refere terem sido desenvolvidas. Este mesmo, afirma terem sido “exercidas pressões, nomeadamente em relação à limpeza e sinalética das instalações hospitalares, por força também da acreditação”. Face ao exposto, os entrevistados expuseram as vantagens e desvantagens identificadas no referido instrumento de avaliação da satisfação dos utentes. Referiram, quase todos, que a avaliação dos serviços se apresenta sempre como uma mais valia, permitindo-lhes conhecer a realidade e saber o que os utentes pensam de si, enquanto prestadores de cuidados, possibilitando-lhes, desta forma, a correcção de atitudes, melhorando o serviço prestado. Isto é reconhecido também pela maioria dos entrevistados que apesar de desconhecerem o instrumento, vislumbram as vantagens da sua aplicação. No entanto, para os restantes Directores de Serviço não conhecedores da implementação do referido instrumento de avaliação, este desconhecimento implica o não vislumbramento de vantagens na sua aplicação e, portanto, “um valor nulo”. Relativamente a desvantagens em concreto, alguns dos entrevistados mencionam como tal “o tempo que leva a preencher e interpretar um inquérito desta natureza” (e que exige muita dedicação por parte dos profissionais), assim como ressaltam o facto de alguns inquéritos deste tipo serem “construídos e aplicados relativamente a uma perspectiva muito hoteleira (preocupada com aspectos logísticos), pouco dizendo respeito ao facto de como os cuidados médicos são prestados, o que deveria ser o principal foco do inquérito”. De um modo geral, os entrevistados referem que “recolher e revelar os resultados da aplicação do referido instrumento de avaliação e envolver, sobretudo, médicos e enfermeiros no processo deverá ser a principal acção a levar a cabo de modo a melhorá-

lo”. Afirmam também que “deverá haver motivação e divulgação, de modo a dar a conhecer o projecto à comunidade para que as pessoas se sintam envolvidas”. Em termos mais concretos, referem que existem algumas falhas na concepção do próprio questionário, defendendo que deveria ser modificado o cabeçalho relativo aos dados da pessoa que procede ao seu preenchimento, que poderá não ser o próprio utente e sim um acompanhante ou representante. Note-se que esta acção de melhoria foi já levada a cabo pela própria investigadora, aquando da realização do seu estágio no CHBV, a pedido dos autores do referido inquérito de satisfação. Por fim, podemos referir que a maioria dos entrevistados atribuíram muita importância à realização de inquéritos de satisfação dos utentes, pois se apresenta como “uma forma de despertar as consciências dos profissionais de saúde, uma vez que permite identificar problemas ou erros e que poderá ajudar a preveni-los, possibilitando melhorar os procedimentos e, desta forma, melhorar a prestação dos cuidados aos doentes”.

Assim sendo, resumidamente, pudémos verificar que a maioria dos Directores de Serviço não apresentavam sólidos conhecimentos relativamente à existência do referido instrumento de avaliação, não conhecendo, também na sua maioria, os resultados obtidos através da sua implementação. Salienta-se o desconhecimento do propósito deste instrumento de avaliação pela a maioria dos entrevistados, tendo referido, também na sua maioria, não ter participado nem no seu processo de concepção, nem de implementação. Apesar do exposto, a maioria dos Directores de Serviço reconheceu a elevada importância da existência de instrumentos deste tipo, quer para o seu serviço, quer para o CHBV. Contudo, lamenta o desconhecimento dos resultados obtidos através da sua aplicação, uma vez que estes possibilitariam o conhecimento e correcção de falhas e, consequentemente, a melhoria da prestação de cuidados.

3.3. A avaliação da satisfação dos utentes do Centro Hospitalar do Baixo Vouga

3.3.1. O Inquérito de Satisfação do Utente segundo o modelo SERVQUAL

Como temos vindo a referir ao longo deste trabalho, o SERVQUAL parece ser uma escala consistente e confiável para medir a qualidade dos serviços em saúde, exibindo medidas confiáveis e válidas das expectativas dos pacientes em relação aos serviços de saúde e suas percepções sobre o nível de desempenho dos profissionais de saúde (Lam, 1997). Neste sentido, de acordo com os dados recolhidos nas entrevistas aos

Directores de Serviço e demais elementos chave na elaboração e aplicação do actual inquérito de avaliação da satisfação dos utentes e tendo em conta o trabalho desenvolvido por Lima (2016) no Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia/Espinho, nasce o Inquérito de Satisfação do Utente, baseado no modelo SERVQUAL (disponível para análise no anexo III). Apresentamos as questões do inquérito na tabela n.º 4 (cujo texto, na estrutura do questionário, é adaptado a expectativas e percepções). A versão original de Parasuraman *et al.* (1988) pode ser visualizada nas figuras n.º 2 e n.º 3, apresentadas anteriormente neste Relatório, para que se possam constatar as similaridades.

QUESTÕES
1. O serviço X tem de ter/tem equipamentos modernos.
2. As instalações do serviço X devem ser/são visualmente atraentes.
3. Os funcionários do serviço X devem ter/têm uma aparência cuidada.
4. A aparência das instalações físicas do serviço X deve estar/está de acordo com o tipo de serviços prestados.
5. Os funcionários do serviço X devem demonstrar/demonstraram simpatia e cortesia.
6. Os profissionais do serviço X devem dar/deram-lhe a atenção necessária aos utentes.
7. O serviço X deverá ter/tem um horário de funcionamento conveniente.
8. Os funcionários do serviço X devem ter/têm em consideração os seus melhores interesses.
9. Os funcionários do serviço X deverão reconhecer/sabem quais são as suas dificuldades.
10. Os administrativos deverão responder/responderam a todas as suas perguntas de forma correcta.
11. O profissional de saúde deverá explicar-lhe/explicou-lhe o seu problema e os cuidados a prestar de forma perceptível.
12. Os funcionários do serviço X deverão prestar/prestaram o serviço correctamente à primeira vez.
13. Os funcionários terão de se mostrar/mostraram-se sempre prontos para lhe tirar qualquer dúvida.
14. O serviço X deverá prestar/prestou os serviços dentro do tempo previamente estabelecido.
15. O (a) médico (a) que o atender deverá conseguir/que o atendeu conseguiu perceber o que lhe quer transmitir.
16. No serviço X vai ser/foi garantida a sua privacidade/intimidade.
17. Os funcionários do serviço X devem ser/são de confiança.
18. Os profissionais de saúde do serviço X devem ser/são constantemente atenciosos.
19. Os profissionais de saúde do serviço X deverão prestar/prestaram prontamente os serviços.
20. Os profissionais de saúde do serviço X deverão responder/responderam prontamente aos seus pedidos.
21. Deverá ser-lhe/Foi-lhe dito quando é que os serviços irão ser executados.
22. Os funcionários do serviço X deverão ter/tiveram sempre vontade de o ajudar.

Tabela n.º 4

“Questões do Inquérito”

Fonte: Elaboração própria (2017)

3.3.2. Apresentação e análise de resultados

No espaço temporal de 20 de Julho a 29 de Agosto de 2017, foram entregues cento e dezoito questionários aos utentes e todos eles foram devolvidos. No entanto, cinco deles não continham o Consentimento Informado (documento entregue de forma anexa ao inquérito, disponível para consulta no anexo IV) devidamente preenchido e assinado e,

por esse motivo, em respeito pelas regras éticas inerentes a investigações deste género, não foram considerados para o estudo. Encontra-se, abaixo, uma tabela ilustrativa, composta pela caracterização da amostra, isto é, pelos dados acabados de referir, especificados em relação a género, idade e Especialidade Médica alvo de aplicação do mencionado instrumento de avaliação.

INQUÉRITO DE SATISFAÇÃO DO UTENTE		
Nº de Inquéritos entregues	118	
Nº de Inquéritos devolvidos	118	
Nº de Inquéritos preenchidos sem assinatura de consentimento informado (não considerados para o estudo)	5	
Nº de Inquéritos considerados para estudo	113	
GÉNERO	Nº INQUÉRITOS REALIZADOS	%
Masculino	40	35,40
Feminino	73	64,60
TOTAL	113	100 %
IDADE	Nº INQUÉRITOS REALIZADOS	%
<18	14	12,39
19-34	18	15,93
35-64	46	40,71
>65	35	30,98
TOTAL	113	100 %
ESPECIALIDADES MÉDICAS	Nº INQUÉRITOS REALIZADOS	%
Medicina Interna	5	4,42%
Ortopedia	19	16,81%
Nefrologia	2	1,77%
Imunoalergologia	3	2,65%
Dermatologia	3	2,65%
MFR	3	2,65%
Endocrinologia	3	2,65%
Pediatria	8	7,08%
Ginecologia e Obstetrícia	10	8,85%
Anestesiologia	22	19,47%
ORL	18	15,93%
Urologia	17	15,04%
TOTAL	113	100 %

Tabela n.º 5

“Caracterização da amostra”

Fonte: Elaboração própria (2017)

Os dados recolhidos através dos questionários foram inseridos e analisados através do programa Excel. No entanto, para determinar a consistência interna de todos os componentes, foi calculado, através do SPSS, o Alfa de Cronbach, tanto para as expectativas (figura n.º 5) como para as percepções (figura n.º 6), o que nos permitiu concluir que existe uma boa consistência interna da amostra, já que o resultado foi superior a 0,9 em ambos os casos.

Case Processing Summary			
		N	%
Cases	Valid	113	100,0
	Excluded ^a	0	,0
	Total	113	100,0
a. Listwise deletion based on all variables in the procedure.			
Reliability Statistics			
		Cronbach's Alpha Based on Standardized Items	N of Items
Cronbach's Alpha		,952	22

Figura n.º 5

“Alfa de Cronbach – Expectativas”

Fonte: Elaboração própria, de acordo com os resultados obtidos em SPSS (2017)

Case Processing Summary			
		N	%
Cases	Valid	113	100,0
	Excluded ^a	0	,0
	Total	113	100,0
a. Listwise deletion based on all variables in the procedure.			
Reliability Statistics			
		Cronbach's Alpha Based on Standardized Items	N of Items
Cronbach's Alpha		,959	22

Figura n.º 6

“Alfa de Cronbach – Percepções”

Fonte: Elaboração própria, de acordo com os resultados obtidos em SPSS (2017)

Posto isto, passemos à apresentação e análise dos resultados obtidos. Primeiramente, apresentamos uma análise global (A) e, seguidamente, expomos as análises relativas ao género (B), idade/faixa etária (C) e Especialidade Médica (D). Foram realizadas análises de acordo com questão e dimensão e calculada a média e desvio-padrão, tanto nas expectativas como nas percepções. Foi também calculado o GAP entre percepções e expectativas ($GAP = \text{Percepções} - \text{Expectativas}$). Pelo facto de as Especialidades Médicas de Nefrologia, Imunoalergologia, Dermatologia, Medicina Física e Reabilitação e Endocrinologia terem obtido uma amostra baixa (um número abaixo de cinco utentes, em cada uma), foram apenas consideradas neste estudo para a análise a nível global, de idade/faixa etária e de género, não tendo sido analisadas, cada uma delas, a nível individual.

A) ANÁLISE GLOBAL

a) Por questão:

Depois de calculadas as médias (tabela n.º 6 e do gráfico n.º 1), podemos verificar que as **expectativas** e as **percepções** seguem o mesmo padrão de resposta por parte dos utentes. Em ambos os casos as classificações são positivas e elevadas (acima de 5). No entanto, podemos observar que os valores mais baixos obtidos correspondem, em ambos os casos, às questões Q2 (atractividade visual das instalações), Q3 (aparência cuidada dos funcionários), Q7 (conveniência do horário de funcionamento do serviço) e Q14 (prestação do serviço no tempo previamente estabelecido). De acordo com a análise do desvio-padrão, verifica-se ser mais elevado o resultado obtido em E3 (aparência cuidada dos funcionários) nas expectativas (1,45), e em P14 (prestação do serviço no tempo previamente estabelecido), nas percepções (1,85).

Expectativas																						
	E1	E2	E3	E4	E5	E6	E7	E8	E9	E10	E11	E12	E13	E14	E15	E16	E17	E18	E19	E20	E21	E22
Média	6,35	6,10	6,19	6,67	6,80	6,86	6,24	6,83	6,83	6,85	6,81	6,87	6,88	5,96	6,83	6,48	6,84	6,83	6,82	6,84	6,83	6,91
Desvio-Padrão	1,33	1,37	1,45	0,92	0,79	0,74	1,33	0,74	0,74	0,75	0,86	0,71	0,68	1,35	0,74	1,28	0,79	0,76	0,77	0,75	0,77	0,41

Percepções																						
	P1	P2	P3	P4	P5	P6	P7	P8	P9	P10	P11	P12	P13	P14	P15	P16	P17	P18	P19	P20	P21	P22
Média	6,29	5,96	6,15	6,57	6,72	6,81	5,88	6,79	6,79	6,80	6,65	6,81	6,82	5,46	6,75	6,45	6,79	6,78	6,79	6,76	6,77	6,86
Desvio-Padrão	1,49	1,56	1,52	1,19	0,98	0,92	1,80	0,92	0,92	0,93	1,27	0,90	0,88	1,85	0,96	1,36	0,96	0,93	0,93	0,97	0,94	0,69

Tabela n.º 6

“Análise das Expectativas e das Percepções por Questão”

Fonte: Elaboração própria (2017)

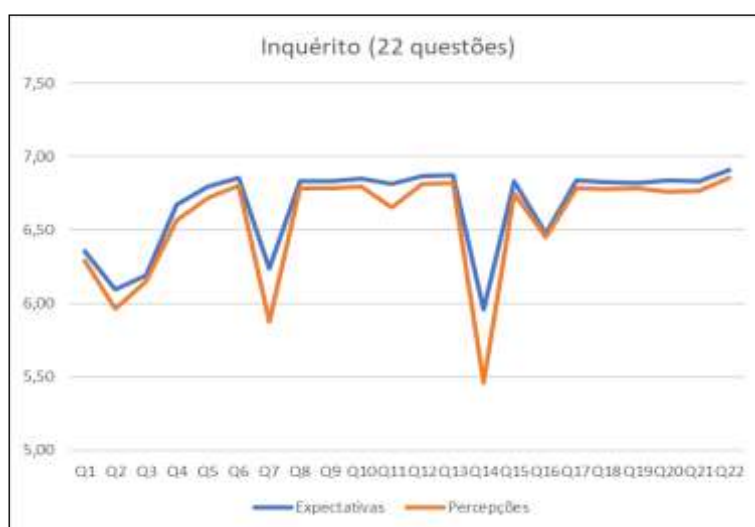


Gráfico n.º 1

“Análise das Expectativas e das Percepções por Questão”

Fonte: Elaboração própria (2017)

Depois de calculado o **GAP**, podemos observar (tabela n.º 7 e gráfico n.º 2) que em nenhuma questão os valores das percepções foram superiores aos das expectativas, o que significa que, nesta medida, os utentes não estão satisfeitos com o serviço, embora o serviço não tenha sido efectivamente mal prestado. As questões em que se verifica uma maior distância entre as expectativas e as percepções são Q7 (conveniência do horário de funcionamento do serviço), Q11 (explicação perceptível do problema e cuidados a prestar pelo profissional de saúde) e Q14 (prestação do serviço no tempo previamente estabelecido).

GAP																						
	Q1	Q2	Q3	Q4	Q5	Q6	Q7	Q8	Q9	Q10	Q11	Q12	Q13	Q14	Q15	Q16	Q17	Q18	Q19	Q20	Q21	Q22
Média	-0,06	-0,13	-0,04	-0,11	-0,08	-0,05	-0,36	-0,04	-0,04	-0,05	-0,16	-0,05	-0,05	-0,50	-0,08	-0,03	-0,05	-0,04	-0,04	-0,08	-0,06	-0,05

Tabela n.º 7

“Análise do GAP por Questão”

Fonte: Elaboração própria (2017)

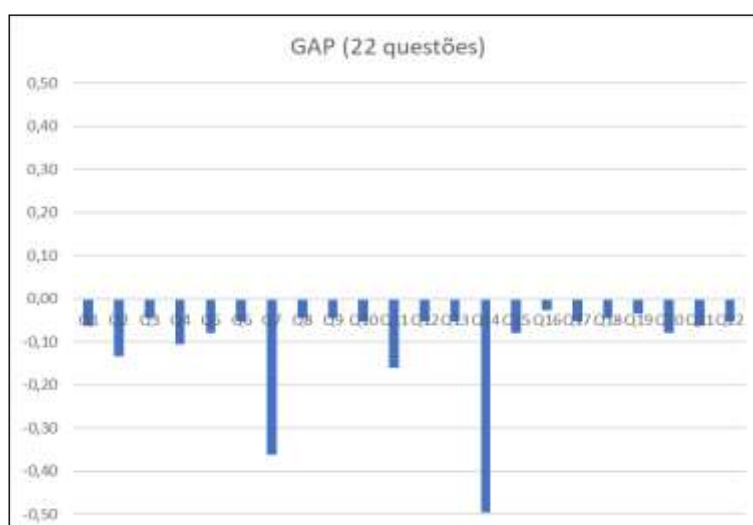


Gráfico n.º 2

“Análise do GAP por Questão”

Fonte: Elaboração própria (2017)

b) Por dimensão:

Depois de calculadas as médias (tabela n.º 8 e gráfico n.º 3), podemos verificar que as **expectativas** e as **percepções** seguem o mesmo padrão de resposta por parte dos utentes. Em ambas as situações, a classificação atribuída pelos utentes é elevada (acima de 6), sobretudo em relação à dimensão Capacidade de Resposta (relativa à disposição

para ajudar os utentes e prestação de um serviço rápido), que alcança uma média de 6,85 nas expectativas e de 6,79 nas percepções. Podemos observar que os valores mais baixos obtidos correspondem à dimensão da Tangibilidade (referente às instalações físicas, aos equipamentos e à aparência dos profissionais), com uma média de 6,33 nas expectativas e de 6,24 nas percepções. É também nesta dimensão que encontramos um maior desvio-padrão entre as respostas, tanto em relação às expectativas (1,27) como às percepções (1,44).

Expectativas					
	Tangibilidade	Empatia	Confiabilidade	Garantia	Capacidade de Resposta
Média por dimensão	6,33	6,71	6,67	6,74	6,85
Desvio-Padrão por dimensão	1,27	0,87	0,87	0,89	0,68
Percepções					
	Tangibilidade	Empatia	Confiabilidade	Garantia	Capacidade de Resposta
Média por dimensão	6,24	6,60	6,51	6,69	6,79
Desvio-Padrão por dimensão	1,44	1,11	1,17	1,05	0,88

Tabela n.º 8

“Análise das Expectativas e das Percepções por Dimensão”

Fonte: Elaboração própria (2017)

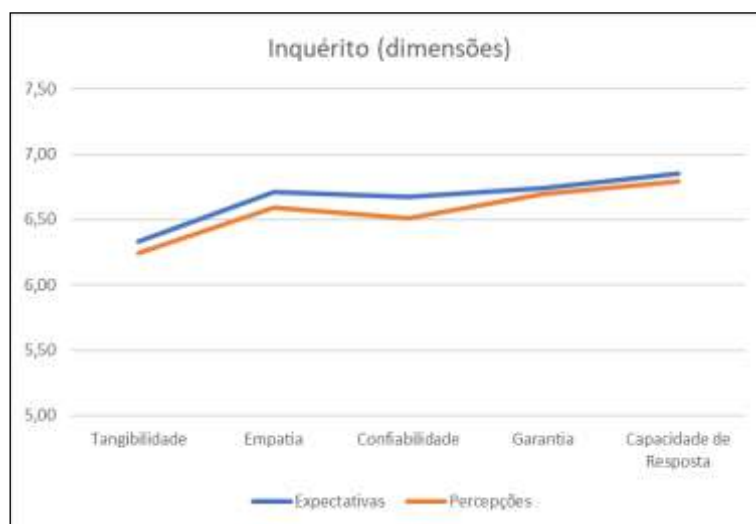


Gráfico n.º 3

“Análise das Expectativas e das Percepções por Dimensão”

Fonte: Elaboração própria (2017)

De acordo com a análise do **GAP** (tabela n.º 9 e gráfico n.º 4), verificamos que as percepções se encontram abaixo das expectativas em todas as dimensões. Isto significa que os utentes esperavam um melhor serviço do que aquele que foi prestado. Ainda assim,

verifica-se uma menor diferença entre expectativas e percepções na dimensão Garantia (conhecimento e cortesia dos funcionários e sua capacidade de inspirar confiança) e um valor maior na dimensão Confiabilidade (aspectos como a capacidade de realização do serviço prometido com confiança e precisão).

GAP					
	Tangibilidade	Empatia	Confiabilidade	Garantia	Capacidade de Resposta
Média	-0,09	-0,12	-0,16	-0,05	-0,06

Tabela n.º 9

“Análise do GAP por Dimensão”

Fonte: Elaboração própria (2017)

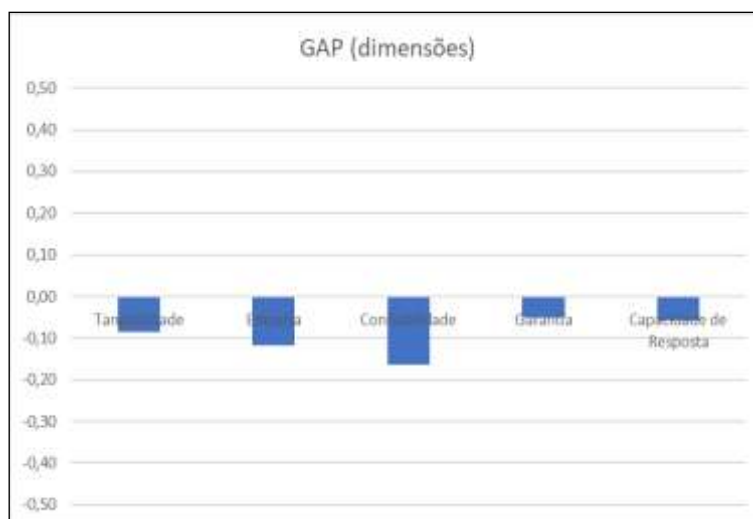


Gráfico n.º 4

“Análise do GAP por Dimensão”

Fonte: Elaboração própria (2017)

B) ANÁLISE POR GÉNERO

1) Masculino

a) Por questão:

De acordo com a análise dos dados (tabela n.º 10 e gráfico n.º 5), podemos verificar que as **expectativas** e as **percepções** seguem o mesmo padrão de resposta por parte dos utentes do sexo masculino. Em ambos os casos as classificações são positivas e elevadas (acima de 5). No entanto, podemos observar que os valores mais baixos obtidos

correspondem, em ambos os casos, às questões Q2 (atratividade visual das instalações), Q3 (aparência cuidada dos funcionários), Q7 (conveniência do horário de funcionamento do serviço) e Q14 (prestação do serviço no tempo previamente estabelecido). De acordo com a análise do desvio-padrão, verificam-se maiores valores obtidos em E3 (aparência cuidada dos funcionários), quanto às expectativas (1,74) e em P7 (conveniência do horário de funcionamento do serviço), quanto às percepções (2,24).

Expectativas																						
	E1	E2	E3	E4	E5	E6	E7	E8	E9	E10	E11	E12	E13	E14	E15	E16	E17	E18	E19	E20	E21	E22
Média	6,20	6,05	6,04	6,53	6,68	6,70	6,08	6,73	6,73	6,70	6,60	6,73	6,75	6,00	6,70	6,23	6,70	6,68	6,70	6,70	6,70	6,93
Desvio-Padrão	1,60	1,43	1,74	1,20	1,04	1,14	1,61	1,09	1,09	1,14	1,32	1,09	1,03	1,41	1,09	1,73	1,14	1,14	1,14	1,14	1,09	0,35
Percepções																						
	P1	P2	P3	P4	P5	P6	P7	P8	P9	P10	P11	P12	P13	P14	P15	P16	P17	P18	P19	P20	P21	P22
Média	6,20	5,93	5,99	6,35	6,61	6,70	5,35	6,73	6,73	6,70	6,45	6,73	6,75	5,35	6,70	6,23	6,70	6,68	6,70	6,63	6,68	6,93
Desvio-Padrão	1,60	1,56	1,75	1,48	1,08	1,14	2,24	1,09	1,09	1,14	1,58	1,09	1,03	2,09	1,09	1,73	1,14	1,14	1,14	1,21	1,10	0,35

Tabela n.º 10

“Análise das Expectativas e das Percepções por Questão”

Fonte: Elaboração própria (2017)

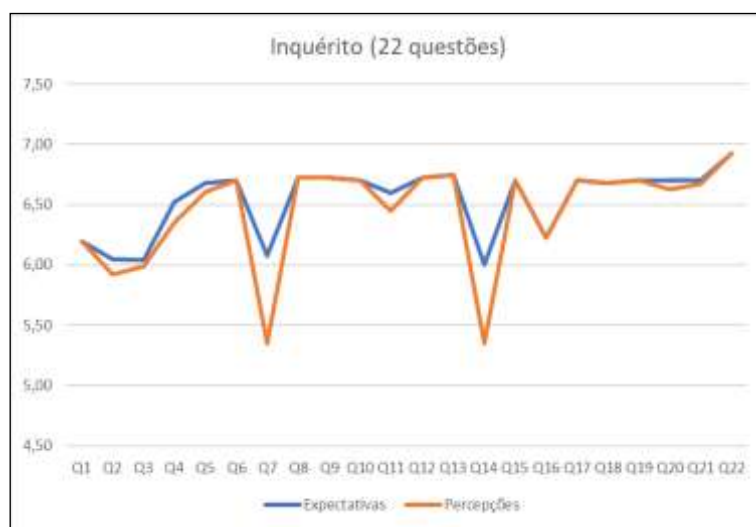


Gráfico n.º 5

“Análise das Expectativas e das Percepções por Questão”

Fonte: Elaboração própria (2017)

Depois de calculado o **GAP**, podemos observar (tabela n.º 11 e gráfico n.º 6) que, em treze questões, o valor das percepções correspondeu ao das expectativas, sendo que em nenhuma questão os valores das percepções foram superiores aos das expectativas. Verifica-se a obtenção de valores mais elevados em Q7 (conveniência do horário de

funcionamento do serviço) e Q14 (prestação do serviço no tempo previamente estabelecido).

GAP																						
	Q1	Q2	Q3	Q4	Q5	Q6	Q7	Q8	Q9	Q10	Q11	Q12	Q13	Q14	Q15	Q16	Q17	Q18	Q19	Q20	Q21	Q22
Média	0,00	-0,13	-0,05	-0,18	-0,08	0,00	-0,73	0,00	0,00	0,00	-0,15	0,00	0,00	-0,65	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	-0,08	-0,03	0,00

Tabela n.º 11

“Análise do GAP por Questão”

Fonte: Elaboração própria (2017)



Gráfico n.º 6

“Análise do GAP por Questão”

Fonte: Elaboração própria (2017)

b) Por dimensão:

De acordo com a análise dos dados (tabela n.º 12 e gráfico n.º 7), as **expectativas** e as **percepções** seguem o mesmo padrão de resposta por parte dos utentes. Em ambas as situações, a classificação atribuída pelos utentes é elevada (acima de 6), com especial relevo para a dimensão Capacidade de Resposta (relativa à disposição na ajuda a utentes e à prestação de um serviço rápido), alcançando a média de 6,76 nas expectativas e de 6,73 nas percepções. Já no que respeita ao desvio padrão, verifica-se ser mais elevado nas respostas em relação à dimensão Tangibilidade (referente às instalações físicas, aos equipamentos e à aparência dos profissionais), tanto nas expectativas (1,49) como nas percepções (1,60).

Expectativas					
	Tangibilidade	Empatia	Confiabilidade	Garantia	Capacidade de Resposta
Média por dimensão	6,20	6,58	6,56	6,58	6,76
Desvio-Padrão por dimensão	1,49	1,19	1,20	1,27	0,93
Percepções					
	Tangibilidade	Empatia	Confiabilidade	Garantia	Capacidade de Resposta
Média por dimensão	6,12	6,42	6,40	6,58	6,73
Desvio-Padrão por dimensão	1,60	1,32	1,39	1,27	0,95

Tabela n.º 12

“Análise das Expectativas e das Percepções por Dimensão”

Fonte: Elaboração própria (2017)

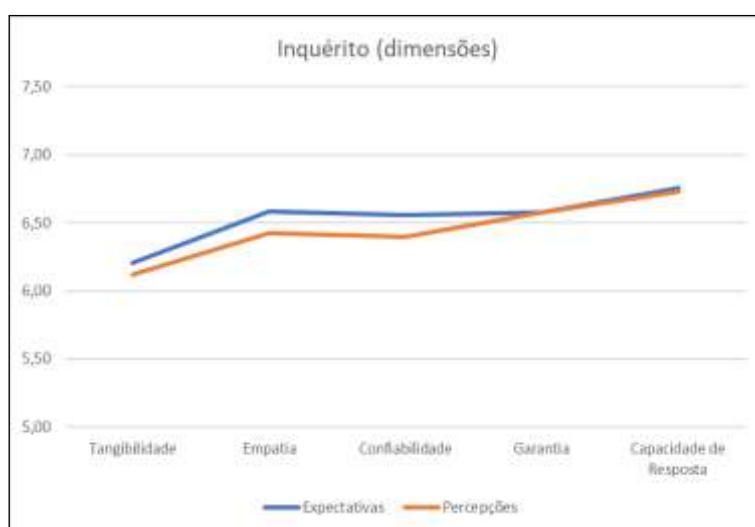


Gráfico n.º 7

“Análise das Expectativas e das Percepções por Dimensão”

Fonte: Elaboração própria (2017)

De acordo com a análise do **GAP** (tabela n.º 13 e gráfico n.º 8), verificamos que as percepções se encontram abaixo das expectativas em todas as dimensões. Isto significa que os utentes esperavam um melhor serviço do que aquele que foi prestado. Destacamos um valor correspondente entre expectativas e perspectivas (0,00) na dimensão Garantia (conhecimento e cortesia dos funcionários e sua capacidade de inspirar confiança), verificando-se um maior GAP nas dimensões Confiabilidade (aspectos como a capacidade de realização do serviço prometido, com confiança e precisão) e Empatia (cuidado e atenção individualizada prestados aos utentes), apresentando ambas um valor igual (-0,16).

GAP					
	Tangibilidade	Empatia	Confiabilidade	Garantia	Capacidade de Resposta
Média	-0,09	-0,16	-0,16	0,00	-0,03

Tabela n.º 13

“Análise do GAP por Dimensão”

Fonte: Elaboração própria (2017)

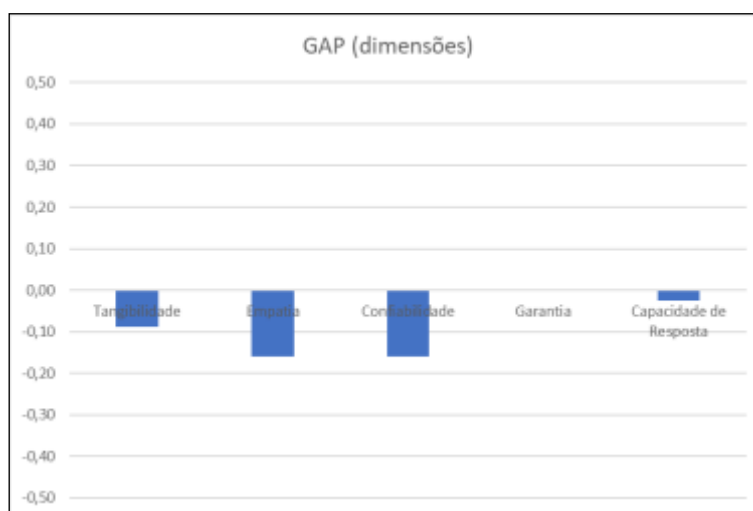


Gráfico n.º 8

“Análise do GAP por Dimensão”

Fonte: Elaboração própria (2017)

2) Feminino

a) Por questão:

De acordo com a análise dos dados (tabela n.º 14 e gráfico n.º 9), podemos verificar que as **expectativas** e as **percepções** seguem o mesmo padrão de resposta por parte dos utentes do sexo feminino. Em ambos os casos as classificações são positivas e altas (acima de 5,50) em relação à prestação do serviço. No entanto, podemos observar que os valores mais baixos obtidos correspondem, em ambos os casos, às questões Q2 (atractividade visual das instalações), Q3 (aparência cuidada dos funcionários), Q7 (conveniência do horário de funcionamento do serviço) e Q14 (prestação do serviço no tempo previamente estabelecido). Quanto à análise do desvio-padrão das respostas obtidas, mantém-se igualmente elevado, sobretudo em relação a Q2 (atractividade visual das instalações), quer quanto às expectativas (1,34), quer quanto às percepções (1,57), em E2 e P2, respectivamente.

Expectativas																						
	E1	E2	E3	E4	E5	E6	E7	E8	E9	E10	E11	E12	E13	E14	E15	E16	E17	E18	E19	E20	E21	E22
Média	6,44	6,12	6,27	6,75	6,86	6,95	6,33	6,89	6,89	6,93	6,93	6,95	6,95	5,93	6,90	6,62	6,92	6,90	6,89	6,92	6,90	6,90
Desvio-Padrão	1,15	1,34	1,27	0,72	0,61	0,37	1,16	0,46	0,46	0,38	0,42	0,37	0,37	1,33	0,45	0,92	0,49	0,41	0,46	0,40	0,50	0,45
Percepções																						
	P1	P2	P3	P4	P5	P6	P7	P8	P9	P10	P11	P12	P13	P14	P15	P16	P17	P18	P19	P20	P21	P22
Média	6,34	5,99	6,23	6,68	6,78	6,86	6,16	6,82	6,82	6,85	6,77	6,86	6,86	5,52	6,78	6,58	6,84	6,84	6,84	6,84	6,82	6,82
Desvio-Padrão	1,44	1,57	1,39	0,98	0,92	0,79	1,44	0,82	0,82	0,79	1,06	0,79	0,79	0,79	1,71	0,89	1,09	0,85	0,80	0,80	0,86	0,82

Tabela n.º 14

“Análise das Expectativas e das Percepções por Questão”

Fonte: Elaboração própria (2017)

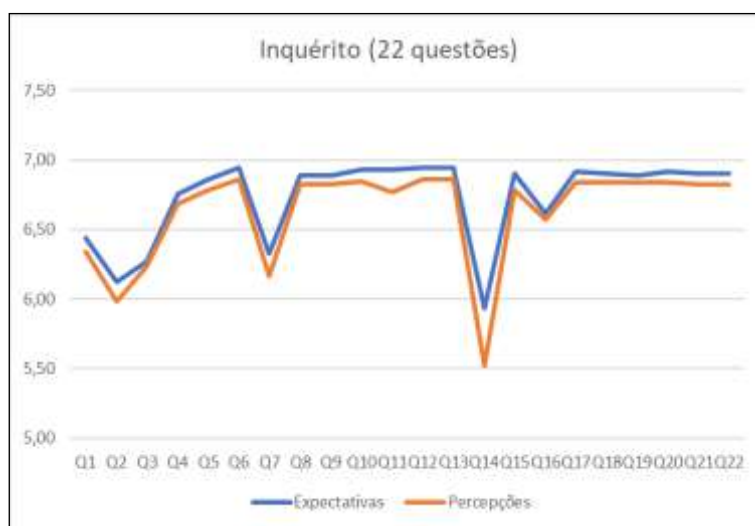


Gráfico n.º 9

“Análise das Expectativas e das Percepções por Questão”

Fonte: Elaboração própria (2017)

Depois de calculado o **GAP**, podemos observar (tabela n.º 15 e gráfico n.º 10) que, em nenhuma questão os valores das percepções foram superiores ao das expectativas, o que significa que os utentes não estão satisfeitos com o serviço prestado. A questão em que se verifica uma maior distância entre as expectativas e as percepções é Q14 (prestação do serviço no tempo previamente estabelecido).

GAP																						
	Q1	Q2	Q3	Q4	Q5	Q6	Q7	Q8	Q9	Q10	Q11	Q12	Q13	Q14	Q15	Q16	Q17	Q18	Q19	Q20	Q21	Q22
Média	-0,10	-0,14	-0,04	-0,07	-0,08	-0,08	-0,16	-0,07	-0,07	-0,08	-0,16	-0,08	-0,08	-0,41	-0,12	-0,04	-0,08	-0,07	-0,05	-0,08	-0,08	-0,08

Tabela n.º 15

“Análise do GAP por Questão”

Fonte: Elaboração própria (2017)

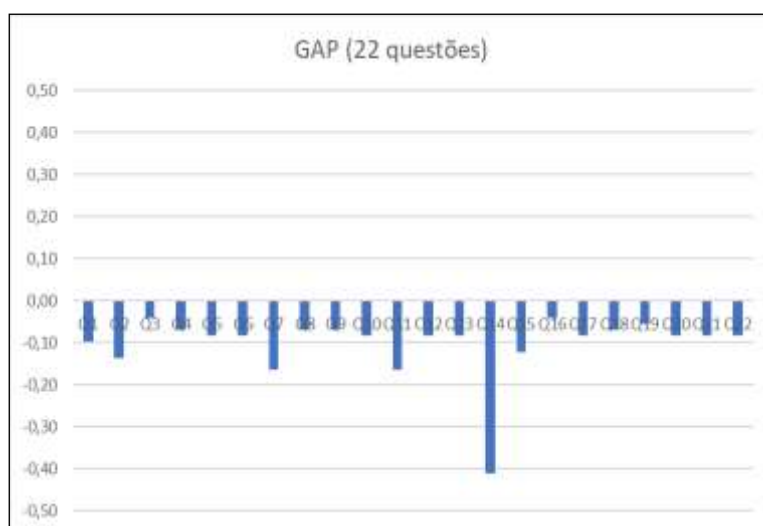


Gráfico n.º 10

“Análise do GAP por Questão”

Fonte: Elaboração própria (2017)

a) Por dimensão:

De acordo com a análise dos dados (tabela n.º 16 e gráfico n.º 11), podemos verificar que as **expectativas** e as **percepções** seguem o mesmo padrão de resposta por parte dos utentes do sexo feminino em relação à prestação do serviço. Em ambas as situações, a classificação atribuída pelos utentes é elevada (acima de 6), atribuindo maior importância à dimensão Capacidade de Resposta (relativa à disposição na ajuda a utentes e à prestação de um serviço rápido), alcançando a média de 6,90 nas expectativas e de 6,83 nas percepções. Verifica-se um desvio-padrão mais elevado nas respostas em relação à dimensão Tangibilidade (referente às instalações físicas, aos equipamentos e à aparência dos profissionais), tanto nas expectativas (1,12) como nas percepções (1,34).

Expectativas					
	Tangibilidade	Empatia	Confiabilidade	Garantia	Capacidade de Resposta
Média por dimensão	6,40	6,78	6,74	6,84	6,90
Desvio-Padrão por dimensão	1,12	0,61	0,57	0,57	0,45
Percepções					
	Tangibilidade	Empatia	Confiabilidade	Garantia	Capacidade de Resposta
Média por dimensão	6,31	6,69	6,57	6,76	6,83
Desvio-Padrão por dimensão	1,34	0,96	0,84	1,13	0,82

Tabela n.º 16

“Análise das Expectativas e das Percepções por Dimensão”

Fonte: Elaboração própria (2017)

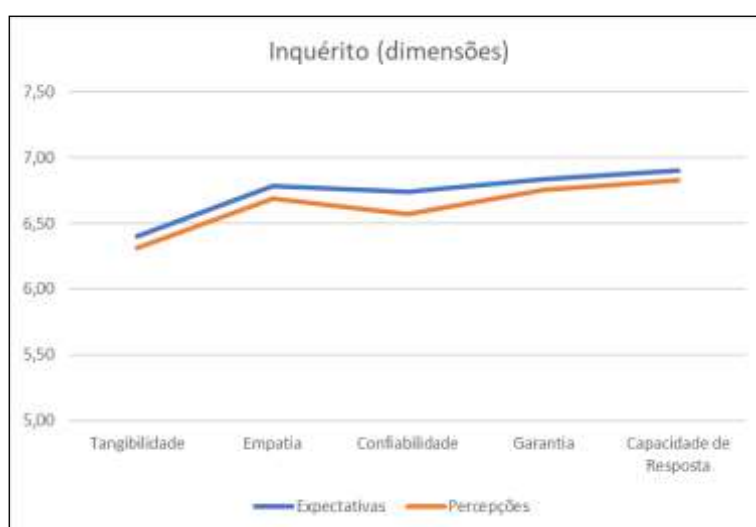


Gráfico n.º 11

“Análise das Expectativas e das Percepções por Dimensão”

Fonte: Elaboração própria (2017)

De acordo com a análise do **GAP** (tabela n.º 17 e gráfico n.º 12), verificamos que as percepções se encontram abaixo das expectativas em todas as dimensões. Isto significa que os utentes esperavam um melhor serviço do que aquele que foi prestado. Verifica-se um valor correspondente de -0,09 entre as dimensões Tangibilidade (referente às instalações físicas, aos equipamentos e à aparência dos profissionais) e Empatia (relativa ao cuidado e atenção individualizada prestados aos utentes) e de -0,08 entre Garantia (concernente ao conhecimento e cortesia dos funcionários e sua capacidade de inspirar confiança) e Capacidade de Resposta (relativa à disposição na ajuda a utentes e à prestação de um serviço rápido), verificando-se o maior GAP (-0,16) na dimensão

Confiabilidade (referente a aspectos como a capacidade de realização do serviço prometido, com confiança e precisão).

GAP					
	Tangibilidade	Empatia	Confiabilidade	Garantia	Capacidade de Resposta
Média	-0,09	-0,09	-0,16	-0,08	-0,08

Tabela n.º 17

“Análise do GAP por Dimensão”

Fonte: Elaboração própria (2017)

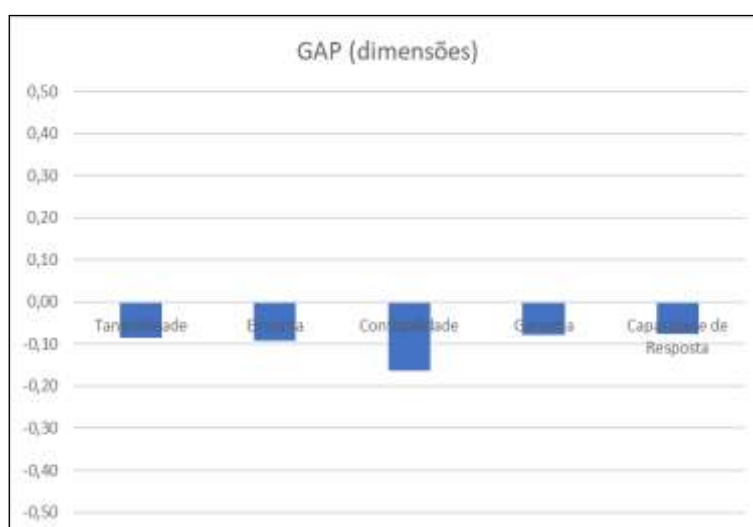


Gráfico n.º 12

“Análise do GAP por Dimensão”

Fonte: Elaboração própria (2017)

C) ANÁLISE POR IDADE/FAIXA ETÁRIA

1) > 65 anos

a) Por questão:

De acordo com a análise dos dados (tabela n.º 18 e gráfico n.º 13), podemos verificar que as **expectativas** e as **percepções** seguem praticamente o mesmo padrão de resposta por parte dos utentes com idade superior a 65 anos. Em ambos os casos as classificações são positivas e altas (acima de 5,50) em relação à prestação do serviço. No entanto, podemos observar que os valores mais baixos obtidos correspondem, em ambos

os casos, às questões Q1 (modernidade dos equipamentos) [cujo valor se apresenta igual em Q2 (atractividade visual das instalações) mas apenas nas percepções], Q7 (conveniência do horário de funcionamento do serviço). Quanto à análise do desvio-padrão das respostas obtidas, mantém-se igualmente elevado, sobretudo em relação a E1 (modernidade dos equipamentos) quanto às expectativas (1,41) e a Q7 (conveniência do horário de funcionamento do serviço) quanto às percepções (1,88).

Expectativas																						
	E1	E2	E3	E4	E5	E6	E7	E8	E9	E10	E11	E12	E13	E14	E15	E16	E17	E18	E19	E20	E21	E22
Média	6,34	6,37	6,39	6,63	6,71	6,83	6,34	6,86	6,86	6,83	6,71	6,86	6,89	5,97	6,86	6,49	6,83	6,83	6,83	6,83	6,83	6,91
Desvio-Padrão	1,41	1,06	1,30	0,94	0,83	0,71	0,60	0,60	0,60	0,71	1,02	0,60	0,47	1,29	0,60	1,29	0,71	0,71	0,71	0,71	0,62	0,37
Percepções																						
	P1	P2	P3	P4	P5	P6	P7	P8	P9	P10	P11	P12	P13	P14	P15	P16	P17	P18	P19	P20	P21	P22
Média	6,34	6,34	6,39	6,60	6,71	6,83	5,80	6,86	6,86	6,83	6,54	6,86	6,89	5,54	6,77	6,49	6,83	6,83	6,83	6,83	6,83	6,91
Desvio-Padrão	1,41	1,06	1,30	0,95	0,83	0,71	1,88	0,60	0,60	0,71	1,40	0,60	0,47	1,79	0,77	1,29	0,71	0,71	0,71	0,71	0,62	0,37

Tabela n.º 18

“Análise das Expectativas e das Percepções por Questão”

Fonte: Elaboração própria (2017)

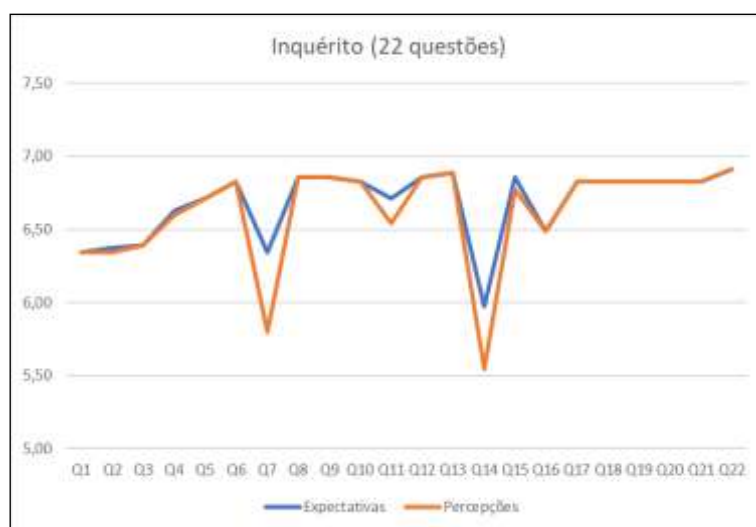


Gráfico n.º 13

“Análise das Expectativas e das Percepções por Questão”

Fonte: Elaboração própria (2017)

Depois de calculado o **GAP**, podemos observar (tabela n.º 19 e gráfico n.º 14) que em nenhuma questão os valores das percepções foram superiores ao das expectativas. Em quinze questões, os valores das percepções igualaram os das expectativas. A questão em

que se verifica uma maior distância entre as expectativas e as percepções é Q7 (conveniência do horário de funcionamento do serviço).

GAP																						
	Q1	Q2	Q3	Q4	Q5	Q6	Q7	Q8	Q9	Q10	Q11	Q12	Q13	Q14	Q15	Q16	Q17	Q18	Q19	Q20	Q21	Q22
Média	0,00	-0,03	0,00	-0,03	0,00	0,00	-0,54	0,00	0,00	0,00	-0,17	0,00	0,00	-0,43	-0,09	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00

Tabela n.º 19

“Análise do GAP por Questão”

Fonte: Elaboração própria (2017)

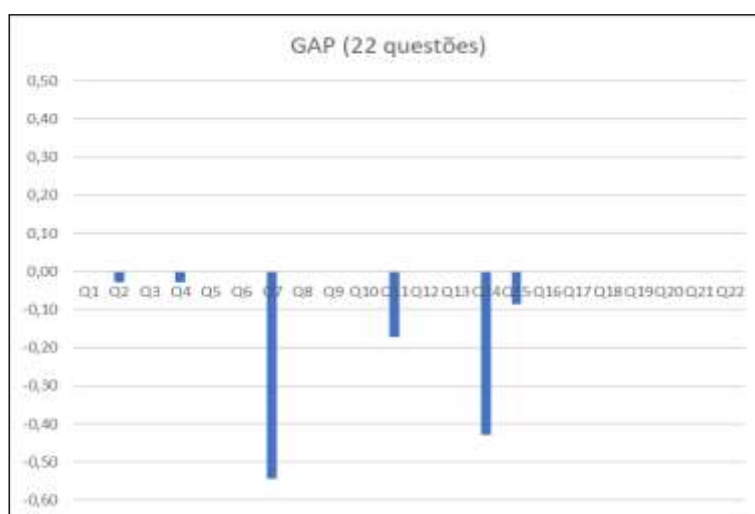


Gráfico n.º 14

“Análise do GAP por Questão”

Fonte: Elaboração própria (2017)

a) Por dimensão:

De acordo com a análise dos dados (tabela n.º 20 e gráfico n.º 15), podemos verificar que as **expectativas** e as **percepções** seguem o mesmo padrão de resposta por parte dos utentes com idade superior a 65 anos. Em ambas as situações, a classificação atribuída pelos utentes é elevada (acima de 6), atribuindo maior importância à dimensão Capacidade de Resposta (relativa à disposição na ajuda a utentes e à prestação de um serviço rápido), alcançando a média de 6,85 quer nas expectativas quer nas percepções. Verifica-se um desvio-padrão mais elevado nas respostas em relação à dimensão Tangibilidade (referente às instalações físicas, aos equipamentos e à aparência dos profissionais), tanto nas expectativas, como nas percepções (1,18).

Expectativas					
	Tangibilidade	Empatia	Confiabilidade	Garantia	Capacidade de Resposta
Média por dimensão	6,43	6,72	6,65	6,75	6,85
Desvio-Padrão por dimensão	1,18	0,67	0,82	0,83	0,60
Percepções					
	Tangibilidade	Empatia	Confiabilidade	Garantia	Capacidade de Resposta
Média por dimensão	6,42	6,61	6,53	6,73	6,85
Desvio-Padrão por dimensão	1,18	0,92	0,99	1,05	0,60

Tabela n.º 20

“Análise das Expectativas e das Percepções por Dimensão”

Fonte: Elaboração própria (2017)

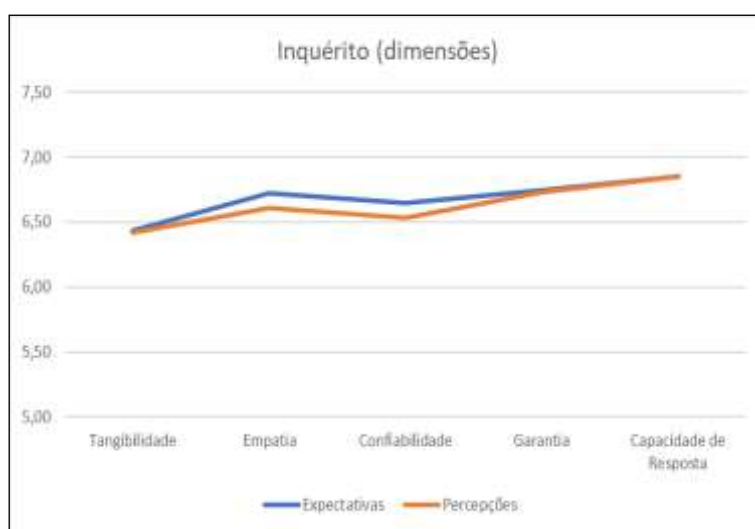


Gráfico n.º 15

“Análise das Expectativas e das Percepções por Dimensão”

Fonte: Elaboração própria (2017)

Depois de calculado o **GAP**, podemos observar (tabela n.º 21 e gráfico n.º 16) que em nenhuma dimensão os valores das percepções foram superiores ao das expectativas. Isto significa que os utentes esperavam um melhor serviço do que aquele que foi prestado. Destacamos um valor correspondente (0,00) entre expectativas e perspectivas na dimensão Capacidade de Resposta (relativa à disposição na ajuda a utentes e à prestação de um serviço rápido), verificando-se o maior GAP (-0,12) na dimensão Confiabilidade (referente a aspectos como a capacidade de realização do serviço prometido, com confiança e precisão).

GAP					
	Tangibilidade	Empatia	Confiabilidade	Garantia	Capacidade de Resposta
Média	-0,01	-0,11	-0,12	-0,02	0,00

Tabela n.º 21

“Análise do GAP por Dimensão”

Fonte: Elaboração própria (2017)

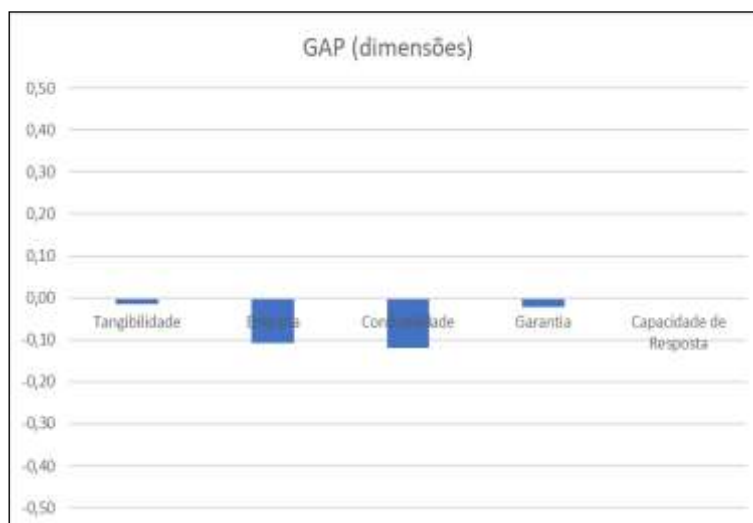


Gráfico n.º 16

“Análise do GAP por Dimensão”

Fonte: Elaboração própria (2017)

b) 35 - 64 anos

a) Por questão:

De acordo com a análise dos dados (tabela n.º 22 e gráfico n.º 17), podemos verificar que as **expectativas** e as **percepções** dos utentes com idade compreendida entre os 35 e os 64, seguem praticamente o mesmo padrão de resposta. Em ambos os casos as classificações são positivas e altas (acima de 5) em relação à prestação do serviço. No entanto, podemos observar que os valores mais baixos obtidos correspondem, em ambos os casos, às questões Q22 (vontade dos funcionários em ajudar), Q2 (atractividade visual das instalações), Q7 (conveniência do horário de funcionamento do serviço) e Q14 (prestação do serviço no tempo previamente estabelecido). Quanto ao desvio padrão das respostas obtidas, destacamos os resultados obtidos em E3 (aparência cuidada dos funcionários). Quanto à análise do desvio-padrão das respostas obtidas, mantém-se

igualmente elevado, sobretudo em relação a Q7 (conveniência do horário de funcionamento do serviço), quanto às expectativas (1,55) e quanto às percepções (1,80).

Expectativas																						
	E1	E2	E3	E4	E5	E6	E7	E8	E9	E10	E11	E12	E13	E14	E15	E16	E17	E18	E19	E20	E21	E22
Média	6,54	5,98	6,24	6,54	6,76	6,80	5,93	6,78	6,78	6,80	6,76	6,80	6,80	5,61	6,78	6,35	6,74	6,77	6,80	6,80	6,78	6,93
Desvio-Padrão	1,13	1,48	1,52	1,15	0,99	0,98	1,55	0,99	0,99	0,98	1,02	0,98	0,98	1,51	0,99	1,51	1,06	0,99	0,98	0,98	1,05	0,44
Percepções																						
	P1	P2	P3	P4	P5	P6	P7	P8	P9	P10	P11	P12	P13	P14	P15	P16	P17	P18	P19	P20	P21	P22
Média	6,57	5,83	6,20	6,57	6,76	6,80	5,72	6,80	6,80	6,80	6,76	6,80	6,80	5,33	6,78	6,35	6,74	6,79	6,80	6,80	6,76	6,93
Desvio-Padrão	1,13	1,73	1,53	1,15	0,99	0,98	1,80	0,98	0,98	0,98	1,02	0,98	0,98	1,79	0,99	1,51	1,06	0,98	0,98	0,98	1,06	0,44

Tabela n.º 22

“Análise das Expectativas e das Percepções por Questão”

Fonte: Elaboração própria (2017)



Gráfico n.º 17

“Análise das Expectativas e das Percepções por Questão”

Fonte: Elaboração própria (2017)

Depois de calculado o **GAP**, podemos observar (tabela n.º 23 e gráfico n.º 18) que, pela primeira vez nesta análise em cinco questões (Q1, Q4, Q8, Q9 e Q18) os valores das percepções foram finalmente superiores aos das expectativas (embora com valores baixos, inferiores a 1). Este pormenor merece ser destacado, uma vez que este será um dos poucos casos em que se contraria a tendência. Em doze questões, os valores das percepções igualaram os das expectativas (0,00). As questões em que se verifica uma maior distância entre as expectativas e as percepções são Q2 (atractividade visual das

instalações), Q7 (conveniência do horário de funcionamento do serviço) e Q14 (prestação do serviço no tempo previamente estabelecido).

GAP																						
	Q1	Q2	Q3	Q4	Q5	Q6	Q7	Q8	Q9	Q10	Q11	Q12	Q13	Q14	Q15	Q16	Q17	Q18	Q19	Q20	Q21	Q22
Média	0,02	-0,15	-0,04	0,02	0,00	0,00	-0,22	0,02	0,02	0,00	0,00	0,00	0,00	-0,28	0,00	0,00	0,00	0,02	0,00	0,00	-0,02	0,00

Tabela n.º 23

“Análise do GAP por Questão”

Fonte: Elaboração própria (2017)

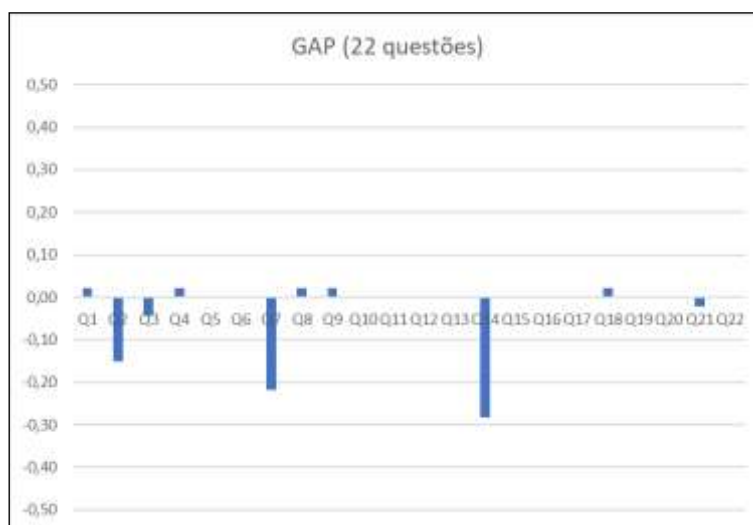


Gráfico n.º 18

“Análise do GAP por Questão”

Fonte: Elaboração própria (2017)

b) Por dimensão:

De acordo com a análise dos dados (tabela n.º 24 e gráfico n.º 19), podemos verificar que as **expectativas** e as **percepções** dos utentes com idade compreendida entre os 35 e os 64 anos seguem o mesmo padrão de resposta em relação à prestação do serviço. Em ambas as situações, a classificação atribuída pelos utentes é elevada (acima de 6), atribuindo maior importância à dimensão Capacidade de Resposta (relativa à disposição na ajuda a utentes e à prestação de um serviço rápido), alcançando a média de 6,83 quer nas expectativas quanto nas percepções. Verifica-se um desvio-padrão mais elevado nas respostas em relação à dimensão Tangibilidade (referente às instalações físicas, aos equipamentos e à aparência dos profissionais), tanto nas expectativas (1,32) como nas percepções (1,38).

Expectativas					
	Tangibilidade	Empatia	Confiabilidade	Garantia	Capacidade de Resposta
Média por dimensão	6,33	6,61	6,56	6,66	6,83
Desvio-Padrão por dimensão	1,32	1,10	1,09	1,14	0,86
Percepções					
	Tangibilidade	Empatia	Confiabilidade	Garantia	Capacidade de Resposta
Média por dimensão	6,29	6,58	6,50	6,66	6,83
Desvio-Padrão por dimensão	1,38	1,15	1,15	1,14	0,87

Tabela n.º 24

“Análise das Expectativas e das Percepções por Dimensão”

Fonte: Elaboração própria (2017)

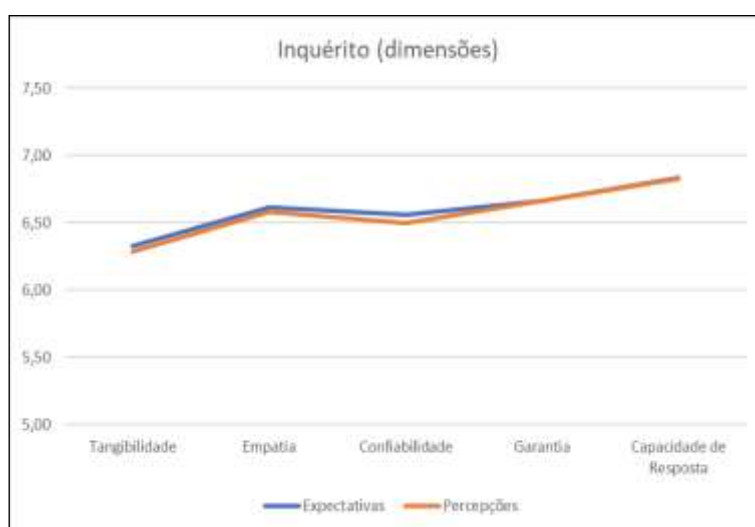


Gráfico n.º 19

“Análise das Expectativas e das Percepções por Dimensão”

Fonte: Elaboração própria (2017)

Depois de calculado o **GAP**, podemos observar (tabela n.º 25 e gráfico n.º 20) que, na dimensão Garantia (concernente ao conhecimento e cortesia dos funcionários e sua capacidade de inspirar confiança) os valores das percepções foram superiores aos das expectativas. Embora o valor seja inferior a 1 (0,01), este resultado significa que os utentes estão satisfeitos em relação às questões relacionadas com esta dimensão. O maior GAP (-0,06) verifica-se na dimensão Confiabilidade (referente a aspectos como a capacidade de realização do serviço prometido, com confiança e precisão).

GAP					
	Tangibilidade	Empatia	Confiabilidade	Garantia	Capacidade de Resposta
Média	-0,04	-0,03	-0,06	0,01	-0,01

Tabela n.º 25

“Análise do GAP por Dimensão”

Fonte: Elaboração própria (2017)

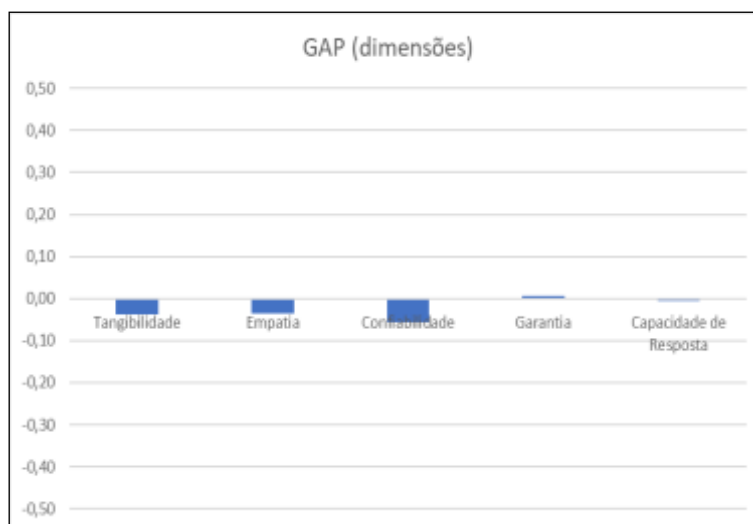


Tabela n.º 20

“Análise das Expectativas e das Percepções por Dimensão”

Fonte: Elaboração própria (2017)

c) 19 - 34 anos

a) Por questão:

De acordo com a análise dos dados (tabela n.º 26 e gráfico n.º 21), podemos verificar que as **expectativas** e as **percepções** dos utentes com idade compreendida entre os 19 e os 34 seguem um padrão de resposta semelhante. Estes utentes têm expectativas e percepções altas em relação à prestação do serviço (acima de 5), no entanto, em Q2, (atractividade visual das instalações) e Q14 (prestação do serviço no tempo previamente estabelecido) apresentam valores mais baixos. Os valores apresentam-se ainda baixos em Q3 (aparência cuidada dos funcionários), para as expectativas e Q7 (conveniência do horário de funcionamento do serviço), para as percepções. Verifica-se um maior desvio-padrão em E3 (aparência cuidada dos funcionários), nas expectativas (1,64) e em P14 (prestação do serviço no tempo previamente estabelecido), nas percepções (2,15).

Expectativas																						
	E1	E2	E3	E4	E5	E6	E7	E8	E9	E10	E11	E12	E13	E14	E15	E16	E17	E18	E19	E20	E21	E22
Média	6,39	5,89	6,00	6,89	6,94	6,94	6,78	6,78	6,78	6,89	7,00	6,94	6,94	6,33	6,78	6,56	7,00	6,83	6,72	6,83	6,83	6,89
Desvio-Padrão	1,14	1,57	1,64	0,32	0,24	0,24	0,55	0,55	0,55	0,32	0,00	0,24	0,24	0,97	0,55	0,98	0,00	0,38	0,57	0,38	0,38	0,47
Percepções																						
	P1	P2	P3	P4	P5	P6	P7	P8	P9	P10	P11	P12	P13	P14	P15	P16	P17	P18	P19	P20	P21	P22
Média	5,94	5,50	5,83	6,22	6,61	6,61	6,11	6,44	6,44	6,56	6,67	6,61	6,61	5,44	6,44	6,39	6,67	6,50	6,50	6,33	6,50	6,56
Desvio-Padrão	2,04	1,92	1,98	1,93	1,42	1,42	1,94	1,46	1,46	1,42	1,41	1,42	1,42	2,15	1,46	1,54	1,41	1,42	1,42	1,53	1,42	1,46

Tabela n.º 26

“Análise das Expectativas e das Percepções por Questão”

Fonte: Elaboração própria (2017)



Gráfico n.º 21

“Análise das Expectativas e das Percepções por Dimensão”

Fonte: Elaboração própria (2017)

Depois de calculado o **GAP**, podemos observar (tabela n.º 27 e gráfico n.º 22) que em nenhuma questão os valores das percepções foram superiores aos das expectativas, o que significa que os utentes não estão satisfeitos com os serviços prestados. Os valores dos GAP obtidos foram consideráveis, sendo que se verifica uma maior distância entre as expectativas e as percepções em Q4 (aparência das instalações de acordo como tipo de serviços prestados), Q7 (conveniência do horário de funcionamento do serviço) e Q14, (prestação do serviço no tempo previamente estabelecido).

GAP																						
	Q1	Q2	Q3	Q4	Q5	Q6	Q7	Q8	Q9	Q10	Q11	Q12	Q13	Q14	Q15	Q16	Q17	Q18	Q19	Q20	Q21	Q22
Média	-0,44	-0,39	-0,17	-0,67	-0,33	-0,33	-0,67	-0,33	-0,33	-0,33	-0,33	-0,33	-0,33	-0,89	-0,33	-0,17	-0,33	-0,33	-0,22	-0,50	-0,33	-0,33

Tabela n.º 27

“Análise do GAP por Questão”

Fonte: Elaboração própria (2017)

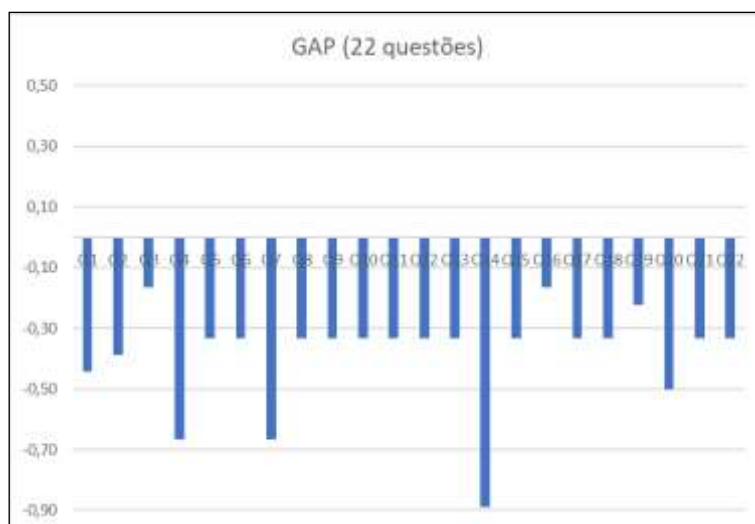


Gráfico n.º 22

“Análise do GAP por Questão”

Fonte: Elaboração própria (2017)

b) Por dimensão:

De acordo com a análise dos dados (tabela n.º 28 e gráfico n.º 23), podemos verificar que os utentes com idade compreendida entre os 19 e os 34 anos têm **expectativas** e **percepções** altas (acima de 5,50) em relação à prestação do serviço. Relativamente às expectativas, os utentes atribuem maior importância (6,84) à dimensão Empatia (relativa ao cuidado e atenção individualizada prestados aos utentes), no entanto, quanto às percepções conferem maior importância (6,50) à dimensão Garantia (concernente ao conhecimento e cortesia dos funcionários e sua capacidade de inspirar confiança). Verifica-se um desvio-padrão mais elevado nas respostas em relação à dimensão Tangibilidade (referente às instalações físicas, aos equipamentos e à aparência dos profissionais), tanto nas expectativas (1,17) como nas percepções (1,97).

Expectativas					
	Tangibilidade	Empatia	Confiabilidade	Garantia	Capacidade de Resposta
Média por dimensão	6,29	6,84	6,82	6,79	6,82
Desvio-Padrão por dimensão	1,17	0,42	0,35	0,48	0,45
Percepções					
	Tangibilidade	Empatia	Confiabilidade	Garantia	Capacidade de Resposta
Média por dimensão	5,88	6,44	6,38	6,50	6,47
Desvio-Padrão por dimensão	1,97	1,54	1,57	1,46	1,46

Tabela n.º 28

“Análise das Expectativas e das Percepções por Dimensão”

Fonte: Elaboração própria (2017)

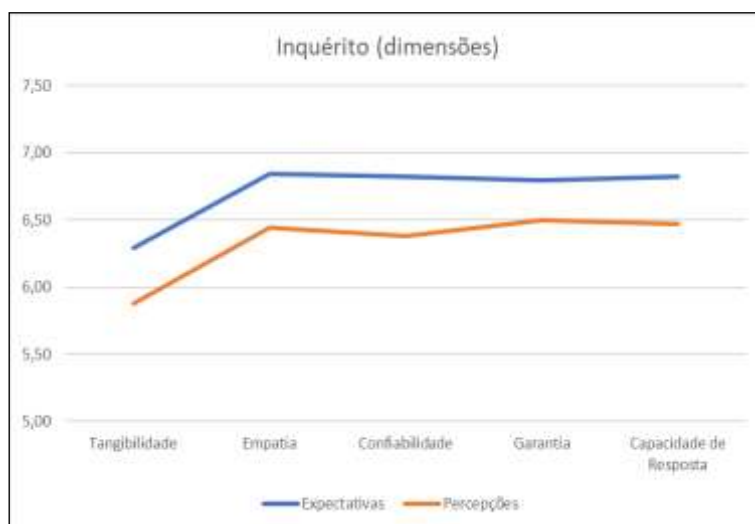


Gráfico n.º 23

“Análise das Expectativas e das Percepções por Dimensão”

Fonte: Elaboração própria (2017)

Depois de calculado o **GAP**, podemos observar (tabela n.º 29 e gráfico n.º 24) que em nenhuma dimensão os valores das percepções foram superiores ao das expectativas. Isto significa que os utentes esperavam um melhor serviço do que aquele que foi prestado. Regista-se um GAP de maior valor (-0,44) na dimensão Confiabilidade (referente a aspectos como a capacidade de realização do serviço prometido, com confiança e precisão).

GAP					
	Tangibilidade	Empatia	Confiabilidade	Garantia	Capacidade de Resposta
Média	-0,42	-0,40	-0,44	-0,29	-0,35

Tabela n.º 29

“Análise do GAP por Dimensão”

Fonte: Elaboração própria (2017)

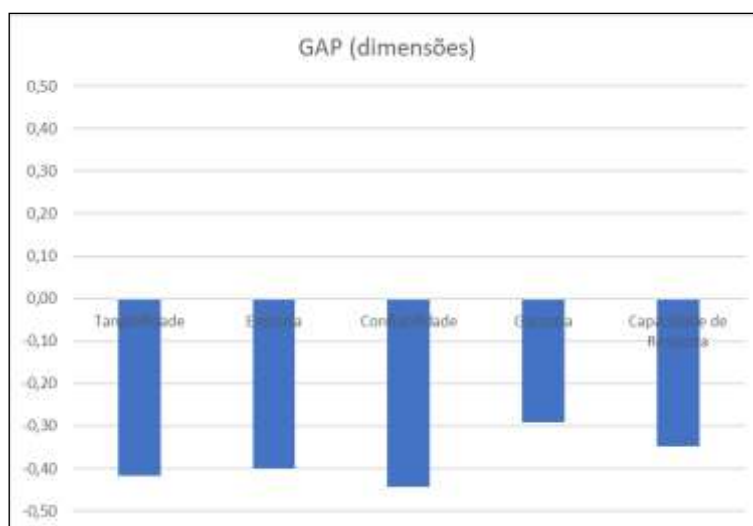


Gráfico n.º 24

“Análise do GAP por Dimensão”

Fonte: Elaboração própria (2017)

d) < 18 anos

a) Por questão:

De acordo com a análise dos dados (tabela n.º 30 e gráfico n.º 25), podemos verificar que os utentes com idade inferior a 18 anos têm **expectativas** e **percepções** muito altas (classificadas com 7 valores, na maioria das questões) em relação à prestação do serviço. No entanto, quanto às expectativas, verificam-se valores mais baixos em Q1 (modernidade dos equipamentos), Q2 (atractividade visual das instalações) e Q3 (aparência cuidada dos funcionários). Relativamente às percepções o cenário é idêntico, acrescentando-se Q14 (prestação do serviço no tempo previamente estabelecido) aos resultados mais baixos apurados. Verifica-se um maior desvio-padrão em E1 (modernidade dos equipamentos), nas expectativas (1,82) e em P14 (prestação do serviço no tempo previamente estabelecido), nas percepções (1,94).

Expectativas																						
	E1	E2	E3	E4	E5	E6	E7	E8	E9	E10	E11	E12	E13	E14	E15	E16	E17	E18	E19	E20	E21	E22
Média	5,71	6,07	5,79	6,93	6,95	7,00	6,29	7,00	7,00	7,00	7,00	7,00	7,00	6,57	7,00	6,79	7,00	7,00	7,00	7,00	7,00	6,86
Desvio-Padrão	1,82	1,44	1,37	0,27	0,18	0,00	1,49	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	1,09	0,00	0,58	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,36
Percepções																						
	P1	P2	P3	P4	P5	P6	P7	P8	P9	P10	P11	P12	P13	P14	P15	P16	P17	P18	P19	P20	P21	P22
Média	5,71	6,07	5,79	6,93	6,74	7,00	6,29	7,00	7,00	7,00	6,57	7,00	7,00	5,71	7,00	6,79	7,00	7,00	7,00	7,00	7,00	6,86
Desvio-Padrão	1,82	1,44	1,37	0,27	0,59	0,00	1,49	0,00	0,00	0,00	1,60	0,00	0,00	1,94	0,00	0,58	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,36

Tabela n.º 30

“Análise das Expectativas e das Percepções por Questão”

Fonte: Elaboração própria (2017)

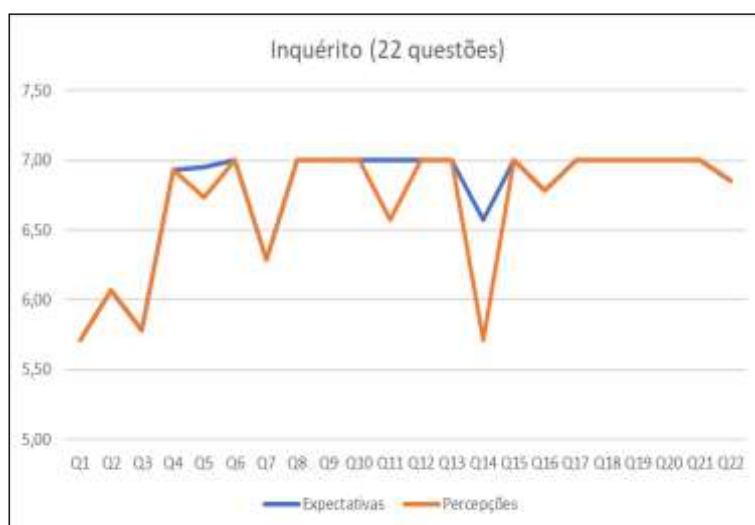


Gráfico n.º 25

“Análise das Expectativas e das Percepções por Questão”

Fonte: Elaboração própria (2017)

Depois de calculado o **GAP**, podemos observar (tabela n.º 31 e gráfico n.º 26) que em nenhuma questão os valores das percepções foram superiores aos das expectativas. Contudo, na sua maioria, os valores das percepções igualaram os das expectativas (0,00). Os valores dos GAP obtidos correspondem a Q5 (cortesia demonstrada pelos funcionários), Q11 (explicação do problema e dos cuidados a prestar de forma perceptível por parte do médico) e Q14 (prestação do serviço no tempo previamente estabelecido).

GAP																						
	Q1	Q2	Q3	Q4	Q5	Q6	Q7	Q8	Q9	Q10	Q11	Q12	Q13	Q14	Q15	Q16	Q17	Q18	Q19	Q20	Q21	Q22
Média	0,00	0,00	0,00	0,00	-0,21	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	-0,43	0,00	0,00	-0,86	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00

Tabela n.º 31

“Análise do GAP por Questão”

Fonte: Elaboração própria (2017)

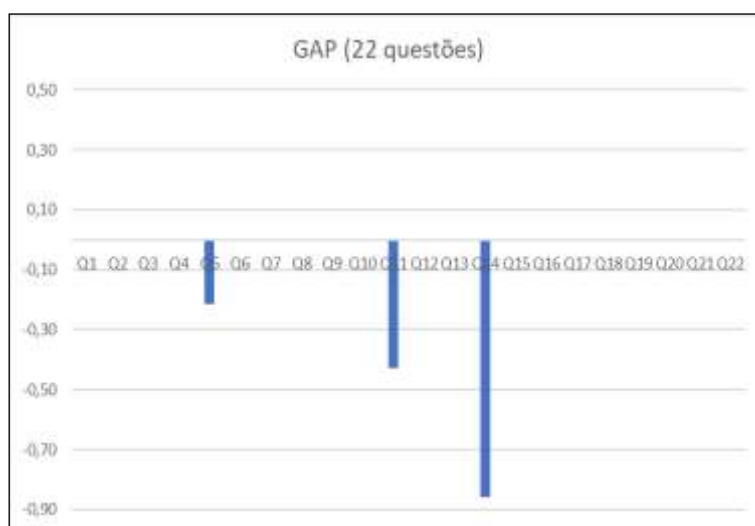


Gráfico n.º 26

“Análise do GAP por Questão”

Fonte: Elaboração própria (2017)

a) Por dimensão:

De acordo com a análise dos dados (tabela n.º 32 e gráfico n.º 27), podemos verificar que os utentes com idade inferior a 18 anos têm **expectativas** e **percepções** altas em relação à prestação do serviço (acima de 6), atribuindo maior importância à dimensão Capacidade de Resposta (relativa à disposição na ajuda a utentes e à prestação de um serviço rápido), quer nas expectativas, quer nas percepções (6,96). Verifica-se um desvio-padrão mais elevado nas respostas relativas à dimensão Tangibilidade (referente às instalações físicas, aos equipamentos e à aparência dos profissionais), tanto nas expectativas, como nas percepções (1,22).

Expectativas					
	Tangibilidade	Empatia	Confiabilidade	Garantia	Capacidade de Resposta
Média por dimensão	6,13	6,85	6,91	6,95	6,96
Desvio-Padrão por dimensão	1,22	0,33	0,22	0,14	0,09
Percepções					
	Tangibilidade	Empatia	Confiabilidade	Garantia	Capacidade de Resposta
Média por dimensão	6,13	6,80	6,66	6,95	6,96
Desvio-Padrão por dimensão	1,22	0,42	0,71	0,14	0,09

Tabela n.º 32

“Análise das Expectativas e das Percepções por Dimensão”

Fonte: Elaboração própria (2017)

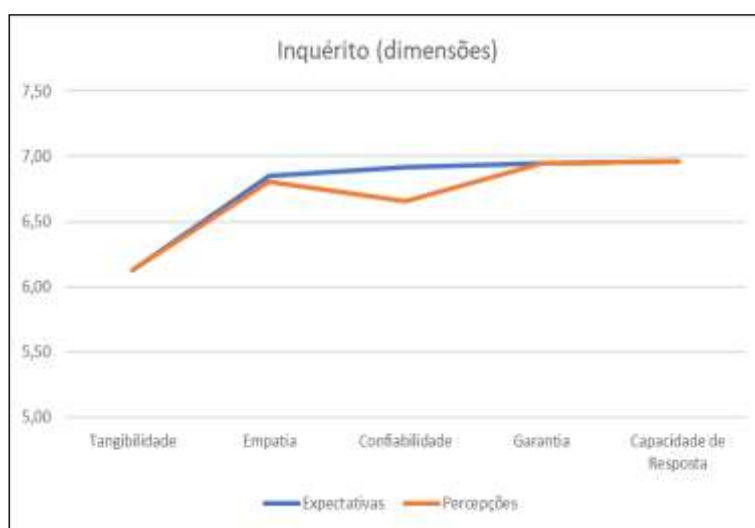


Gráfico n.º 27

“Análise das Expectativas e das Percepções por Dimensão”

Fonte: Elaboração própria (2017)

Depois de calculado o **GAP**, podemos observar (tabela n.º 33 e gráfico n.º 28) que em nenhuma dimensão os valores das percepções foram superiores aos das expectativas, mas que se igualaram (0,00) nas dimensões Tangibilidade (referente às instalações físicas, aos equipamentos e à aparência dos profissionais), Garantia (concernente ao conhecimento e cortesia dos funcionários e sua capacidade de inspirar confiança) e Capacidade de Resposta (relativa à disposição na ajuda a utentes e à prestação de um serviço rápido), registando-se um GAP de maior valor (-0,26) na dimensão Confiabilidade.

GAP					
	Tangibilidade	Empatia	Confiabilidade	Garantia	Capacidade de Resposta
Média	0,00	-0,04	-0,26	0,00	0,00

Tabela n.º 33

“Análise do GAP por Dimensão”

Fonte: Elaboração própria (2017)

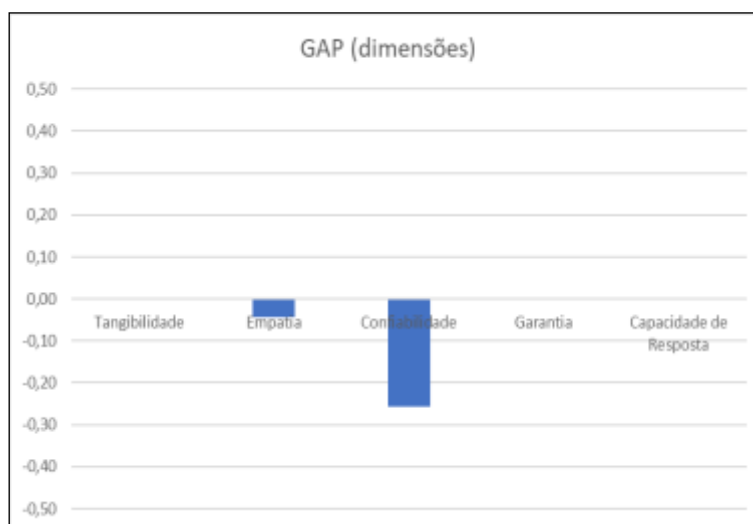


Gráfico n.º 28

“Análise do GAP por Dimensão”

Fonte: Elaboração própria (2017)

D) ANÁLISE POR ESPECIALIDADE MÉDICA

1) Medicina Interna

a) Por questão:

Depois de calculadas as médias (tabela n.º 34 e gráfico n.º 29), podemos verificar que as **expectativas** e **percepções** dos utentes da especialidade Medicina Interna seguem praticamente o mesmo padrão de resposta por parte dos utentes. Em ambos os casos as classificações são positivas e muito elevadas (acima de 5,50 mas, na sua maioria, classificadas com 7 valores). No entanto, podemos observar a obtenção de valores mais baixos, correspondentes a Q3 (aparência cuidada dos funcionários) e Q14 (prestação do serviço no tempo previamente estabelecido), cujo valor, (somente) nas percepções se iguala Q7 (conveniência do horário de funcionamento do serviço). De acordo com a

análise do desvio-padrão, verifica-se ser mais elevado o resultado obtido em E3 (aparência cuidada dos funcionários), nas expectativas (1,34) e em P7 (conveniência do horário de funcionamento do serviço) e P14 (prestação do serviço no tempo previamente estabelecido), com o mesmo elevado resultado (2,61), nas percepções.

Expectativas																						
	E1	E2	E3	E4	E5	E6	E7	E8	E9	E10	E11	E12	E13	E14	E15	E16	E17	E18	E19	E20	E21	E22
Média	6,80	7,00	6,40	6,8	7,00	7,00	6,80	7,00	7,00	7,00	7,00	7,00	7,00	6,60	7,00	6,80	7,00	7,00	7,00	7,00	7,00	7,00
Desvio-Padrão	0,45	0,00	1,34	0,45	0,00	0,00	0,45	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,55	0,00	0,45	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Percepções																						
	P1	P2	P3	P4	P5	P6	P7	P8	P9	P10	P11	P12	P13	P14	P15	P16	P17	P18	P19	P20	P21	P22
Média	6,80	7,00	6,40	6,80	7,00	7,00	5,60	7,00	7,00	7,00	7,00	7,00	7,00	5,60	7,00	6,80	7,00	7,00	7,00	7,00	7,00	7,00
Desvio-Padrão	0,45	0,00	1,34	0,45	0,00	0,00	2,61	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	2,61	0,00	0,45	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00

Tabela n.º 34

“Análise das Expectativas e das Percepções por Questão”

Fonte: Elaboração própria (2017)

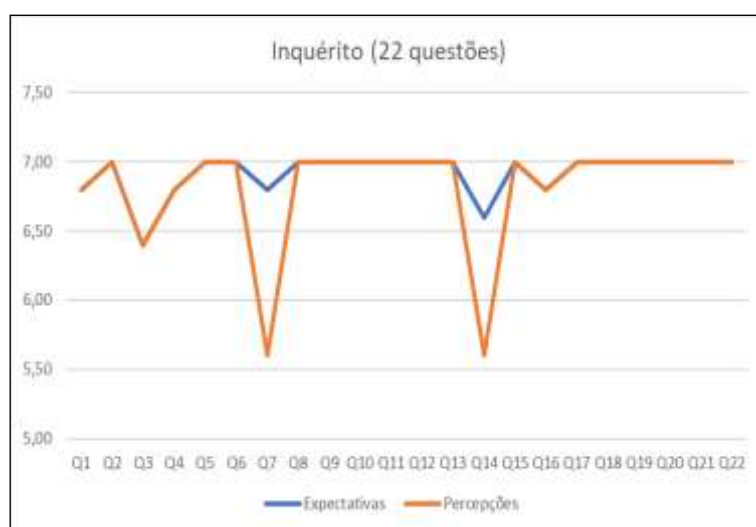


Gráfico n.º 29

“Análise das Expectativas e das Percepções por Questão”

Fonte: Elaboração própria (2017)

Depois de calculado o **GAP**, podemos observar (tabela n.º 35 e gráfico n.º 30) que em nenhuma questão os valores das percepções foram superiores aos das expectativas. Contudo, os valores das percepções igualaram os das expectativas (0,00), excepto em Q7 (conveniência do horário de funcionamento do serviço), com um valor de -1,20 e Q14 (prestação do serviço no tempo previamente estabelecido), com um valor de -1,00.

GAP																						
	Q1	Q2	Q3	Q4	Q5	Q6	Q7	Q8	Q9	Q10	Q11	Q12	Q13	Q14	Q15	Q16	Q17	Q18	Q19	Q20	Q21	Q22
Média	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	-1,20	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	-1,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00

Tabela n.º 35

“Análise do GAP por Questão”

Fonte: Elaboração própria (2017)

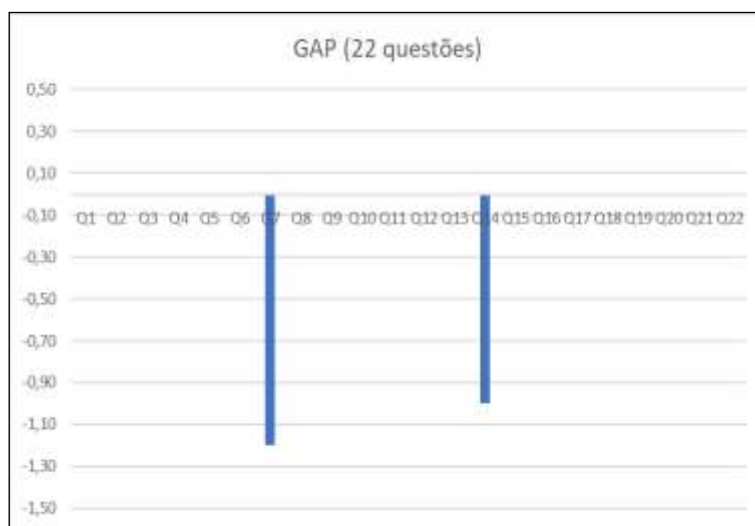


Gráfico n.º 30

“Análise do GAP por Questão”

Fonte: Elaboração própria (2017)

b) Por dimensão:

De acordo com a análise dos dados (tabela n.º 36 e gráfico n.º 31), podemos verificar que as **expectativas** e as **percepções** seguem o mesmo padrão de resposta por parte dos utentes da especialidade Medicina Interna. Em ambas as situações, a classificação atribuída pelos utentes é elevada (acima de 6,50), sobretudo em relação à dimensão Capacidade de Resposta (relativa à disposição para ajudar os utentes e prestação de um serviço rápido), que alcança uma média de 7,00 tanto nas expectativas como nas percepções. Verifica-se um desvio-padrão mais elevado nas respostas em relação à dimensão Tangibilidade (referente às instalações físicas, aos equipamentos e à aparência dos profissionais), com uma média de 0,56 em ambos os casos.

Expectativas					
	Tangibilidade	Empatia	Confiabilidade	Garantia	Capacidade de Resposta
Média por dimensão	6,75	6,96	6,92	6,95	7,00
Desvio-Padrão por dimensão	0,56	0,09	0,11	0,11	0,00
Percepções					
	Tangibilidade	Empatia	Confiabilidade	Garantia	Capacidade de Resposta
Média por dimensão	6,75	6,72	6,72	6,95	7,00
Desvio-Padrão por dimensão	0,56	0,52	0,52	0,11	0,00

Tabela n.º 36

“Análise das Expectativas e das Percepções por Dimensão”

Fonte: Elaboração própria (2017)

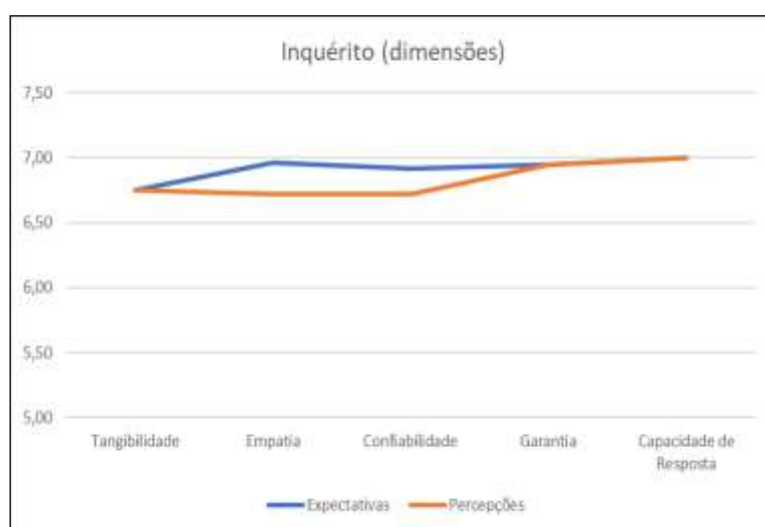


Gráfico n.º 31

“Análise das Expectativas e das Percepções por Dimensão”

Fonte: Elaboração própria (2017)

Depois de calculado o **GAP**, podemos observar (tabela n.º 37 e gráfico n.º 32) que em nenhuma dimensão os valores das percepções foram superiores ao das expectativas, mas que se igualaram nas dimensões Tangibilidade (referente às instalações físicas, aos equipamentos e à aparência dos profissionais), Garantia (conhecimento e cortesia dos funcionários e sua capacidade de inspirar confiança) e Capacidade de Resposta (relativa à disposição na ajuda a utentes e à prestação de um serviço rápido) com o valor de 0,00. Regista-se um GAP de maior valor (-0,24) na dimensão Empatia.

GAP					
	Tangibilidade	Empatia	Confiabilidade	Garantia	Capacidade de Resposta
Média	0,00	-0,24	-0,20	0,00	0,00

Tabela n.º 37

“Análise do GAP por Dimensão”

Fonte: Elaboração própria (2017)

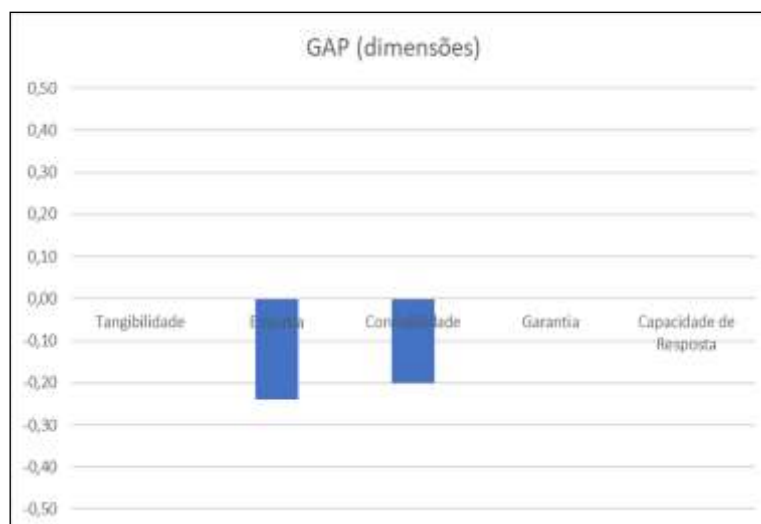


Gráfico n.º 32

“Análise do GAP por Dimensão”

Fonte: Elaboração própria (2017)

2) Ortopedia

a) Por questão:

Depois de calculadas as médias (tabela n.º 38 e gráfico n.º 33), podemos verificar que as **expectativas** e as **percepções** seguem o mesmo padrão de resposta por parte dos utentes da especialidade Ortopedia. Em ambos os casos as classificações são positivas e elevadas (acima de 5,50). No entanto, podemos observar que os valores mais baixos obtidos correspondem, em ambos os casos, às questões Em ambos os casos as classificações são positivas e elevadas (acima de 5). No entanto, podemos observar que os valores mais baixos obtidos correspondem, em ambos os casos, às questões Q7 (conveniência do horário de funcionamento do serviço) e Q14 (prestação do serviço no tempo previamente estabelecido). De acordo com a análise do desvio-padrão, verifica-se ser mais elevado e igual o resultado obtido em E16 e P16 (garantia de privacidade e intimidade), com valor de 1,61.

Expectativas																						
	E1	E2	E3	E4	E5	E6	E7	E8	E9	E10	E11	E12	E13	E14	E15	E16	E17	E18	E19	E20	E21	E22
Média	6,32	6,32	6,67	6,32	6,53	6,68	6,11	6,74	6,68	6,63	6,74	6,68	6,74	6,00	6,63	6,37	6,68	6,63	6,68	6,68	6,68	6,74
Desvio-Padrão	1,16	1,16	0,86	1,16	1,02	0,95	1,24	0,81	0,82	0,96	0,81	0,95	0,81	1,25	0,96	1,61	0,95	0,96	0,95	0,95	1,00	0,81
Percepções																						
	P1	P2	P3	P4	P5	P6	P7	P8	P9	P10	P11	P12	P13	P14	P15	P16	P17	P18	P19	P20	P21	P22
Média	6,32	6,32	6,67	6,32	6,53	6,68	6,11	6,74	6,68	6,63	6,74	6,68	6,74	5,89	6,63	6,37	6,68	6,63	6,68	6,68	6,68	6,74
Desvio-Padrão	1,16	1,16	0,86	1,16	1,02	0,95	1,24	0,81	0,82	0,96	0,81	0,95	0,81	1,45	0,96	1,61	0,95	0,96	0,95	0,95	1,00	0,81

Tabela n.º 38

“Análise das Expectativas e das Percepções por Questão”

Fonte: Elaboração própria (2017)

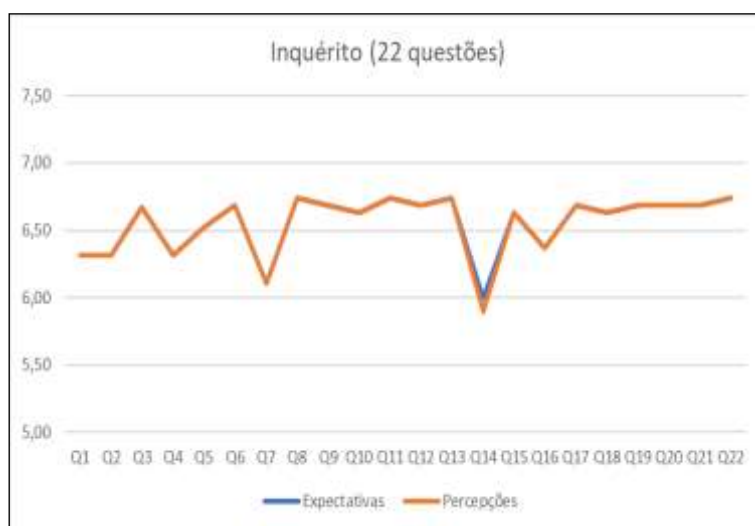


Gráfico n.º 33

“Análise das Expectativas e das Percepções por Questão”

Fonte: Elaboração própria (2017)

Depois de calculado o **GAP**, podemos observar (tabela n.º 39 e gráfico n.º 34) que em nenhuma questão os valores das percepções foram superiores ao das expectativas. Contudo, os valores das percepções igualaram os das expectativas em todas as questões, excepto em Q14 (prestação do serviço no tempo previamente estabelecido), que regista um GAP de -0,11.

GAP																						
	Q1	Q2	Q3	Q4	Q5	Q6	Q7	Q8	Q9	Q10	Q11	Q12	Q13	Q14	Q15	Q16	Q17	Q18	Q19	Q20	Q21	Q22
Média	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	-0,11	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00

Tabela n.º 39

“Análise do GAP por Questão”

Fonte: Elaboração própria (2017)

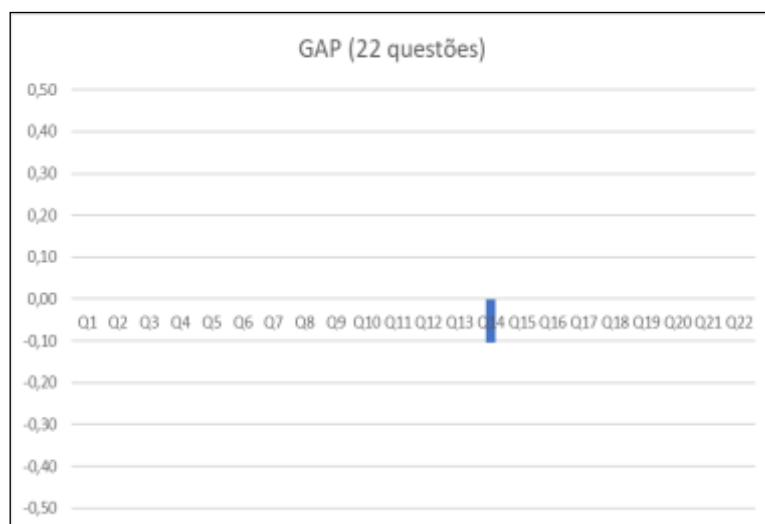


Gráfico n.º 34

“Análise do GAP por Questão”

Fonte: Elaboração própria (2017)

b) Por dimensão:

De acordo com a análise dos dados (tabela n.º 40 e gráfico n.º 35), podemos verificar que as **expectativas** e as **percepções** seguem o mesmo padrão de resposta por parte dos utentes da especialidade Ortopedia. Em ambas as situações, a classificação atribuída pelos utentes é elevada (acima de 6), sobretudo em relação à dimensão Capacidade de Resposta (relativa à disposição para ajudar os utentes e prestação de um serviço rápido), que alcança uma média de 6,70 tanto nas expectativas, como nas percepções. Podemos verificar que os valores mais baixos obtidos correspondem à dimensão da Tangibilidade (referente às instalações físicas, aos equipamentos e à aparência dos profissionais), com uma média de 6,40 quer nas expectativas, quer nas percepções. Relativamente ao desvio-padrão entre as respostas, verifica-se ser maior na dimensão Garantia (relativa ao conhecimento e cortesia dos funcionários e sua capacidade de inspirar confiança), tanto em relação às expectativas, como às percepções (1,12).

Expectativas					
	Tangibilidade	Empatia	Confiabilidade	Garantia	Capacidade de Resposta
Média por dimensão	6,40	6,55	6,56	6,58	6,70
Desvio-Padrão por dimensão	1,08	0,97	0,95	1,12	0,93
Percepções					
	Tangibilidade	Empatia	Confiabilidade	Garantia	Capacidade de Resposta
Média por dimensão	6,40	6,55	6,54	6,58	6,70
Desvio-Padrão por dimensão	1,08	0,97	0,99	1,12	0,93

Tabela n.º 40

“Análise das Expectativas e das Percepções por Dimensão”

Fonte: Elaboração própria (2017)

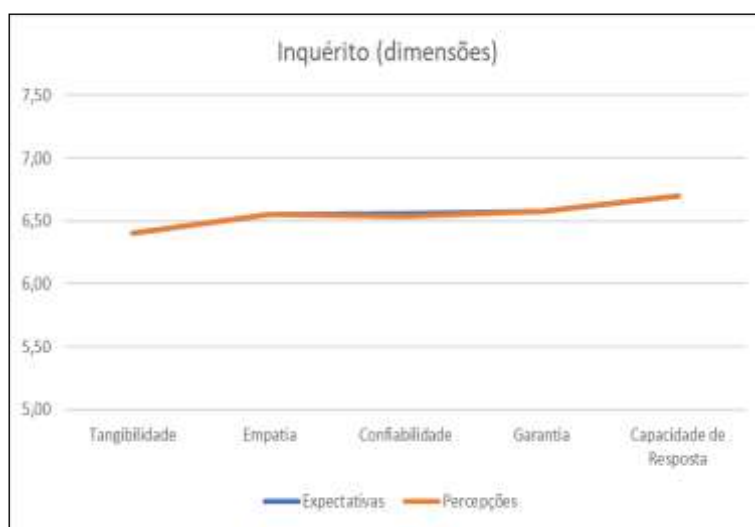


Gráfico n.º 35

“Análise das Expectativas e das Percepções por Dimensão”

Fonte: Elaboração própria (2017)

Depois de calculado o **GAP**, podemos observar (tabela n.º 41 e gráfico n.º 36) que em nenhuma dimensão os valores das percepções foram superiores aos das expectativas, mas que se igualaram (0,00) nas dimensões Tangibilidade (referente às instalações físicas, aos equipamentos e à aparência dos profissionais), Garantia (concernente ao conhecimento e cortesia dos funcionários e sua capacidade de inspirar confiança), Empatia (relativa ao cuidado e atenção individualizada prestados aos utentes) e Capacidade de Resposta (referente à disposição para ajudar os utentes e prestação de um serviço rápido), registando-se um GAP (-0,02) na dimensão Confiabilidade (relacionada com aspectos como a capacidade de realização do serviço prometido com confiança e precisão).

GAP					
	Tangibilidade	Empatia	Confiabilidade	Garantia	Capacidade de Resposta
Média	0,00	0,00	-0,02	0,00	0,00

Tabela n.º 41

“Análise do GAP por Dimensão”

Fonte: Elaboração própria (2017)



Gráfico n.º 36

“Análise do GAP por Dimensão”

Fonte: Elaboração própria (2017)

3) Pediatria

a) Por questão:

De acordo com a análise dos dados (tabela n.º 42 e gráfico n.º 37), podemos verificar que as **expectativas** e as **percepções** seguem o mesmo padrão de resposta por parte dos utentes da especialidade Pediatria. Em ambos os casos as classificações são positivas e tendencialmente elevadas (acima de 4,5). No entanto, podemos observar que os valores mais baixos obtidos correspondem, em ambos os casos, às questões Q1 (modernidade dos equipamentos), Q2 (atractividade visual das instalações) e Q3 (aparência cuidada dos funcionários). De acordo com a análise do desvio-padrão, verifica-se ser mais elevado o resultado obtido em E1 (modernidade dos equipamentos), em relação às expectativas (2,20) e P14 (prestação do serviço no tempo previamente estabelecido), em relação às percepções (2,23).

Expectativas																						
	E1	E2	E3	E4	E5	E6	E7	E8	E9	E10	E11	E12	E13	E14	E15	E16	E17	E18	E19	E20	E21	E22
Média	5,63	5,63	5,50	7,00	7,00	7,00	6,13	7,00	7,00	7,00	7,00	7,00	7,00	6,38	7,00	6,63	7,00	7,00	7,00	7,00	7,00	6,88
Desvio-Padrão	2,20	1,69	1,20	0,00	0,00	0,00	1,73	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	1,41	0,00	0,74	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,35

Percepções																						
	P1	P2	P3	P4	P5	P6	P7	P8	P9	P10	P11	P12	P13	P14	P15	P16	P17	P18	P19	P20	P21	P22
Média	5,63	5,63	5,50	7,00	6,75	7,00	6,13	7,00	7,00	7,00	6,25	7,00	7,00	4,88	7,00	6,63	7,00	7,00	7,00	7,00	7,00	6,88
Desvio-Padrão	2,20	1,69	1,20	0,00	0,71	0,00	1,73	0,00	0,00	0,00	2,12	0,00	0,00	2,23	0,00	0,74	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,35

Tabela n.º 42

“Análise das Expectativas e das Percepções por Questão”

Fonte: Elaboração própria (2017)

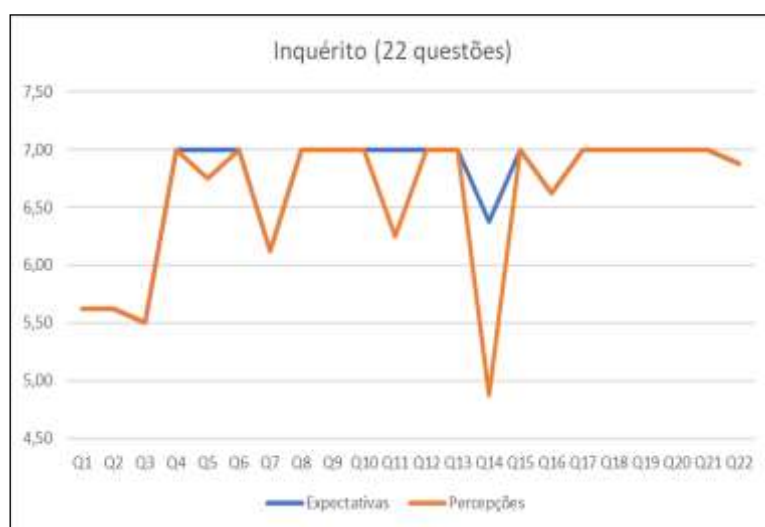


Gráfico n.º 37

“Análise das Expectativas e das Percepções por Questão”

Fonte: Elaboração própria (2017)

Depois de calculado o **GAP**, podemos observar (tabela n.º 43 e gráfico n.º 38) que em nenhuma questão os valores das percepções foram superiores aos das expectativas. Contudo, os valores das percepções igualaram os das expectativas, excepto em Q5 (simpatia e cortesia dos funcionários), Q11 (explicação do problema e dos cuidados a prestar de forma perceptível por parte do médico) e Q14 (prestação do serviço no tempo previamente estabelecido).

GAP																						
	Q1	Q2	Q3	Q4	Q5	Q6	Q7	Q8	Q9	Q10	Q11	Q12	Q13	Q14	Q15	Q16	Q17	Q18	Q19	Q20	Q21	Q22
Média	0,00	0,00	0,00	0,00	-0,25	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	-0,75	0,00	0,00	-1,50	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00

Tabela n.º 43

“Análise do GAP por Questão”

Fonte: Elaboração própria (2017)

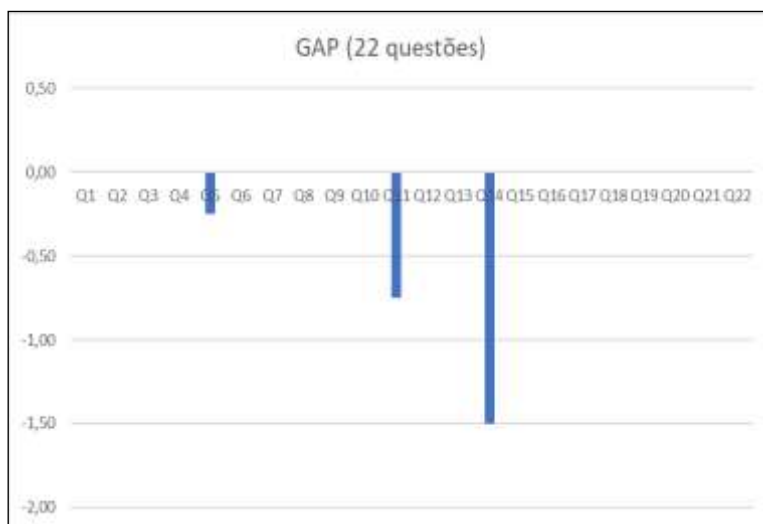


Gráfico n.º 38

“Análise do GAP por Questão”

Fonte: Elaboração própria (2017)

b) Por dimensão

Depois de calculadas as médias (tabela n.º 44 e gráfico n.º 39), podemos verificar que as **expectativas** e as **percepções** seguem o mesmo padrão de resposta por parte dos utentes da especialidade Pediatria. Em ambas as situações, a classificação atribuída pelos utentes é elevada (acima de 5,50), sobretudo em relação à dimensão Capacidade de Resposta (relativa à disposição para ajudar os utentes e prestação de um serviço rápido), que alcança uma média de 6,97. Podemos verificar que os valores mais baixos obtidos correspondem à dimensão da Tangibilidade (referente às instalações físicas, aos equipamentos e à aparência dos profissionais), com uma média de 5,94 em ambos os casos. No entanto, é também nesta dimensão que encontramos um maior desvio-padrão entre as respostas (1,27).

Expectativas					
	Tangibilidade	Empatia	Confiabilidade	Garantia	Capacidade de Resposta
Média por dimensão	5,94	6,83	6,88	6,91	6,97
Desvio-Padrão por dimensão	1,27	0,35	0,28	0,19	0,09
Percepções					
	Tangibilidade	Empatia	Confiabilidade	Garantia	Capacidade de Resposta
Média por dimensão	5,94	6,78	6,43	6,91	6,97
Desvio-Padrão por dimensão	1,27	0,49	0,87	0,19	0,09

Tabela n.º 44

“Análise das Expectativas e das Percepções por Dimensão”

Fonte: Elaboração própria (2017)

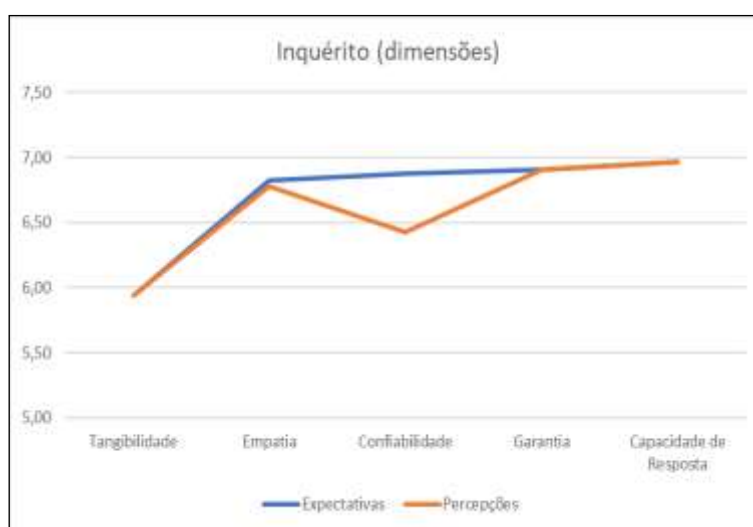


Gráfico n.º 39

“Análise das Expectativas e das Percepções por Dimensão”

Fonte: Elaboração própria (2017)

Depois de calculado o **GAP**, podemos observar (tabela n.º 45 e gráfico n.º 40) que em nenhuma dimensão os valores das percepções foram superiores aos das expectativas, mas que se igualaram (0,00) nas dimensões Tangibilidade (referente às instalações físicas, aos equipamentos e à aparência dos profissionais), Garantia (relativa ao conhecimento e cortesia dos funcionários e sua capacidade de inspirar confiança) e Capacidade de Resposta (concernente à disposição na ajuda a utentes e à prestação de um serviço rápido), registando-se um pequeno GAP (-0,05) na dimensão Empatia (respeitante ao cuidado e atenção individualizada prestados aos utentes) e um mais evidente (-0,45), na dimensão Confiabilidade (referente a aspectos como a capacidade de realização do serviço prometido com confiança e precisão).

GAP					
	Tangibilidade	Empatia	Confiabilidade	Garantia	Capacidade de Resposta
Média	0,00	-0,05	-0,45	0,00	0,00

Tabela n.º 45

“Análise do GAP por Dimensão”

Fonte: Elaboração própria (2017)

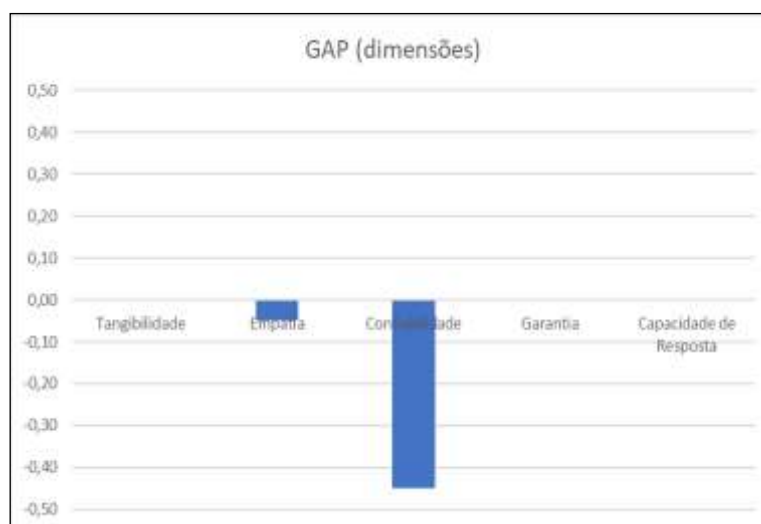


Gráfico n.º 40

“Análise do GAP por Dimensão”

Fonte: Elaboração própria (2017)

4) Ginecologia e Obstetrícia

a) Por questão:

Depois de calculadas as médias (tabela n.º 46 e gráfico n.º 41), podemos verificar que as **expectativas** e as **percepções** seguem o mesmo padrão de resposta por parte dos utentes da especialidade Ginecologia e Obstetrícia. Em ambos os casos as classificações são positivas e tendencialmente elevadas (acima de 4,50). No entanto, podemos observar que os valores mais baixos obtidos correspondem, em ambos os casos, às questões Q2 (atractividade visual das instalações), Q3 (aparência cuidada dos funcionários), Q7 (conveniência do horário de funcionamento do serviço) e Q14 (prestação do serviço no tempo previamente estabelecido). De acordo com a análise do desvio-padrão, verifica-se ser mais elevado o resultado obtido relativamente a Q2 (atractividade visual das

instalações), tanto nas expectativas (1,89), como nas percepções, onde apresenta um maior valor (2,31).

Expectativas																						
	E1	E2	E3	E4	E5	E6	E7	E8	E9	E10	E11	E12	E13	E14	E15	E16	E17	E18	E19	E20	E21	E22
Média	7,00	5,30	6,00	7,00	7,00	7,00	5,80	7,00	7,00	7,00	7,00	7,00	7,00	6,10	7,00	6,70	7,00	7,00	7,00	7,00	7,00	7,00
Desvio-Padrão	0,00	1,89	1,25	0,00	0,00	0,00	1,40	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	1,29	0,00	0,95	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00

Percepções																						
	P1	P2	P3	P4	P5	P6	P7	P8	P9	P10	P11	P12	P13	P14	P15	P16	P17	P18	P19	P20	P21	P22
Média	7,00	5,00	6,00	7,00	7,00	7,00	5,80	7,00	7,00	7,00	7,00	7,00	7,00	5,70	7,00	6,70	7,00	7,00	7,00	7,00	7,00	7,00
Desvio-Padrão	0,00	2,31	1,25	0,00	0,00	0,00	1,40	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	1,49	0,00	0,95	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00

Tabela n.º 46

“Análise das Expectativas e das Percepções por Questão”

Fonte: Elaboração própria (2017)

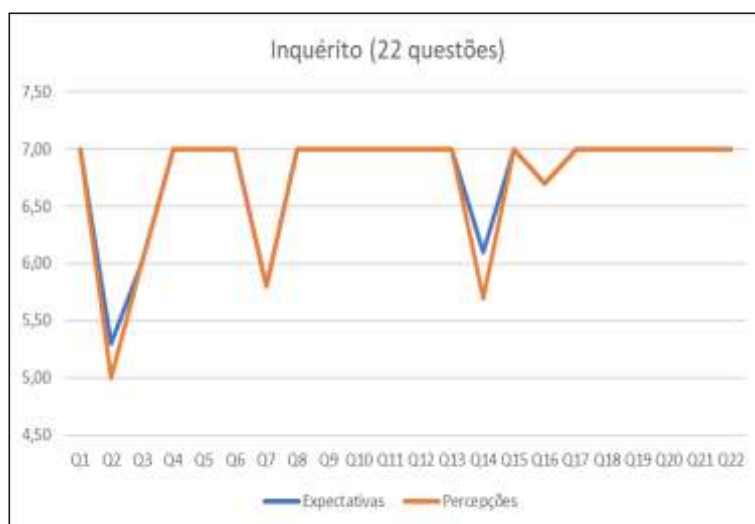


Gráfico n.º 41

“Análise das Expectativas e das Percepções por Questão”

Fonte: Elaboração própria (2017)

Depois de calculado o **GAP**, podemos observar (tabela n.º 47 e gráfico n.º 42) que em nenhuma questão os valores das percepções foram superiores aos das expectativas. Os valores das percepções igualaram os das expectativas (0,00), excepto em Q2 (atractividade visual das instalações), com um valor de -0,30 e em Q14 (prestação do serviço no tempo previamente estabelecido), com um valor de -0,40.

GAP																						
	Q1	Q2	Q3	Q4	Q5	Q6	Q7	Q8	Q9	Q10	Q11	Q12	Q13	Q14	Q15	Q16	Q17	Q18	Q19	Q20	Q21	Q22
Média	0,00	-0,30	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	-0,40	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00

Tabela n.º 47

“Análise do GAP por Questão”

Fonte: Elaboração própria (2017)

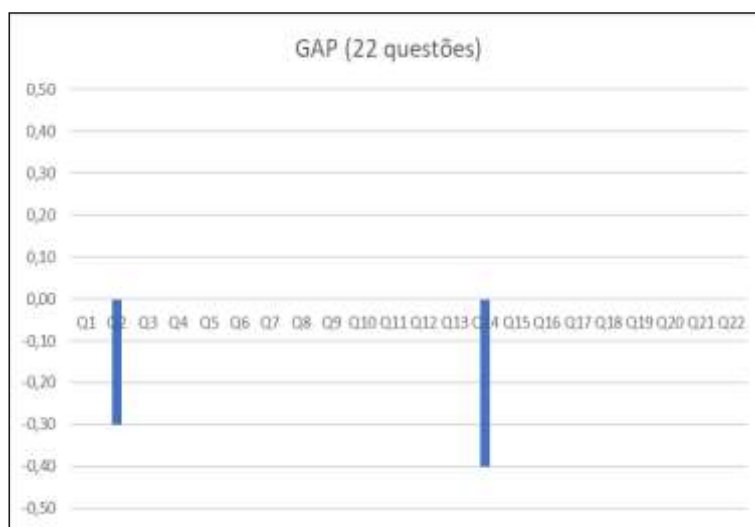


Gráfico n.º 42

“Análise do GAP por Questão”

Fonte: Elaboração própria (2017)

b) Por dimensão:

De acordo com a análise dos dados (tabela n.º 48 e gráfico n.º 43), podemos verificar que as **expectativas** e as **percepções** seguem o mesmo padrão de resposta por parte dos utentes da especialidade Ginecologia e Obstetrícia. Em ambas as situações, a classificação atribuída pelos utentes é elevada (acima de 6), sobretudo em relação à dimensão Capacidade de Resposta (relativa à disposição para ajudar os utentes e prestação de um serviço rápido), que alcança uma média de 7 valores. Podemos observar que os valores mais baixos obtidos correspondem à dimensão da Tangibilidade (referente às instalações físicas, aos equipamentos e à aparência dos profissionais), com uma média de 6,33 nas expectativas e de 6,25 nas percepções. É também nesta dimensão que encontramos um maior desvio-padrão entre as respostas, tanto em relação às expectativas (0,78) como às percepções (0,89).

Expectativas					
	Tangibilidade	Empatia	Confiabilidade	Garantia	Capacidade de Resposta
Média por dimensão	6,33	6,76	6,82	6,93	7,00
Desvio-Padrão por dimensão	0,78	0,28	0,26	0,24	0,00
Percepções					
	Tangibilidade	Empatia	Confiabilidade	Garantia	Capacidade de Resposta
Média por dimensão	6,25	6,76	6,74	6,93	7,00
Desvio-Padrão por dimensão	0,89	0,28	0,30	0,24	0,00

Tabela n.º 48

“Análise das Expectativas e das Percepções por Dimensão”

Fonte: Elaboração própria (2017)

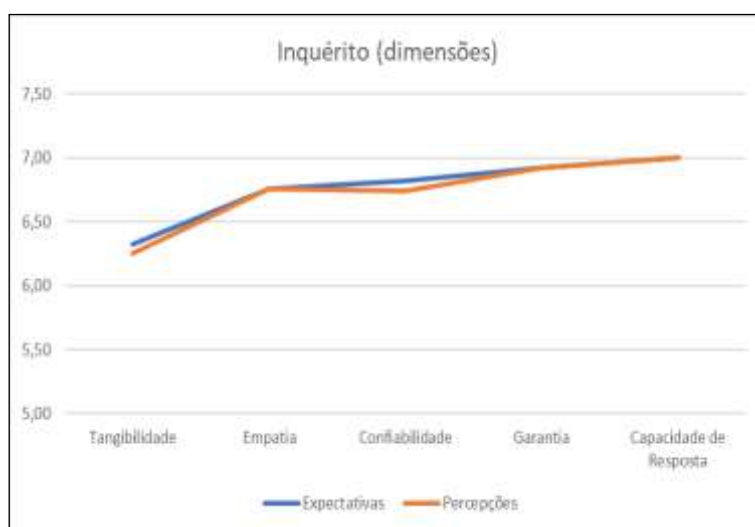


Gráfico n.º 43

“Análise das Expectativas e das Percepções por Questão”

Fonte: Elaboração própria (2017)

Depois de calculado o **GAP**, podemos observar (tabela n.º 49 e gráfico n.º 44) que em nenhuma dimensão os valores das percepções foram superiores aos das expectativas, mas que se igualaram (0,00) nas dimensões Empatia (relativa ao cuidado e atenção individualizada prestados aos utentes), Garantia (referente ao conhecimento e cortesia dos funcionários e sua capacidade de inspirar confiança) e Capacidade de Resposta (respeitante à disposição na ajuda a utentes e à prestação de um serviço rápido), registando-se GAPS de igual valor (0,08) nas dimensões Tangibilidade (concernente às instalações físicas, aos equipamentos e à aparência dos profissionais) e Confiabilidade (relacionada com aspectos como a capacidade de realização do serviço prometido com confiança e precisão).

GAP					
	Tangibilidade	Empatia	Confiabilidade	Garantia	Capacidade de Resposta
Média	-0,08	0,00	-0,08	0,00	0,00

Tabela n.º 49

“Análise do GAP por Dimensão”

Fonte: Elaboração própria (2017)

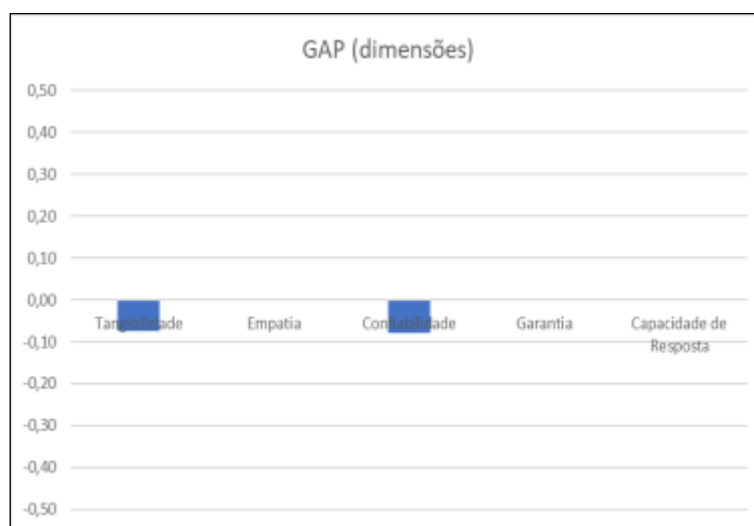


Tabela n.º 44

“Análise do GAP por Dimensão”

Fonte: Elaboração própria (2017)

5) Anestesiologia

a) Por questão:

De acordo com a análise dos dados (tabela n.º 50 e gráfico n.º 45), podemos verificar que as **expectativas** e as **percepções** seguem um padrão de resposta semelhante por parte dos utentes da especialidade Anestesiologia. Em ambos os casos as classificações são positivas e elevadas (acima de 5,50). Os valores das expectativas são um pouco mais baixos em Q3 (aparência cuidada dos funcionários) e Q14 (prestação do serviço no tempo previamente estabelecido), à semelhança do que acontece também nas percepções. No entanto, ainda quanto aos valores das percepções, apresentam-se também baixos em Q2 (atractividade visual das instalações) e Q7, (conveniência do horário de funcionamento do serviço). De acordo com a análise do desvio-padrão, verifica-se ser mais elevado o resultado obtido em E3 (aparência cuidada dos funcionários), com um

valor de 1,57 e em P7 (conveniência do horário de funcionamento do serviço), atingindo um valor de 2,05.

Expectativas																						
	E1	E2	E3	E4	E5	E6	E7	E8	E9	E10	E11	E12	E13	E14	E15	E16	E17	E18	E19	E20	E21	E22
Média	6,41	6,18	6,00	6,82	6,95	7,00	6,55	7,00	7,00	7,00	6,77	7,00	7,00	5,55	7,00	6,41	6,86	7,00	7,00	7,00	7,00	6,95
Desvio-Padrão	1,40	1,44	1,57	0,66	0,21	0,00	0,96	0,00	0,00	0,00	1,07	0,00	0,00	1,41	0,00	1,50	0,64	0,00	0,00	0,00	0,00	0,21
Percepções																						
	P1	P2	P3	P4	P5	P6	P7	P8	P9	P10	P11	P12	P13	P14	P15	P16	P17	P18	P19	P20	P21	P22
Média	6,41	5,95	6,00	6,82	6,95	7,00	5,77	7,00	7,00	7,00	6,77	7,00	7,00	5,55	7,00	6,41	6,86	7,00	7,00	7,00	7,00	6,95
Desvio-Padrão	1,40	1,68	1,57	0,66	0,21	0,00	2,05	0,00	0,00	0,00	1,07	0,00	0,00	1,41	0,00	1,50	0,64	0,00	0,00	0,00	0,00	0,21

Tabela n.º 50

“Análise das Expectativas e das Percepções por Questão”

Fonte: Elaboração própria (2017)

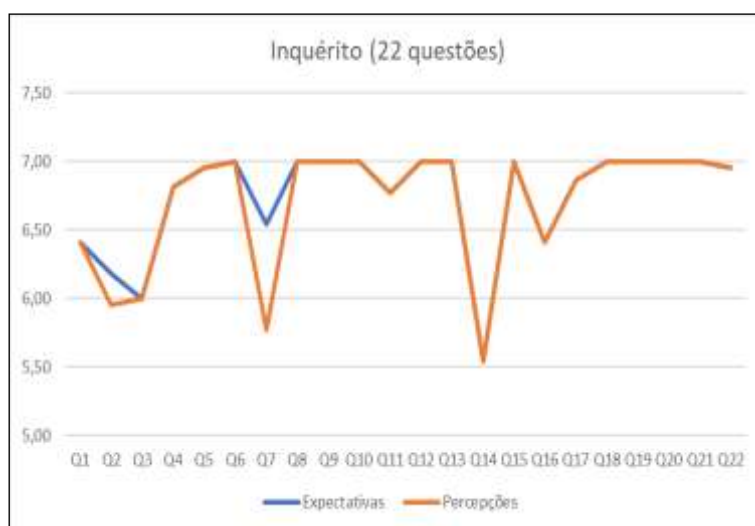


Gráfico n.º 45

“Análise das Expectativas e das Percepções por Questão”

Fonte: Elaboração própria (2017)

Depois de calculado o **GAP**, podemos observar (tabela n.º 51 e gráfico n.º 46) que em nenhuma questão os valores das percepções foram superiores ao das expectativas. Os valores das percepções igualaram (0,00) os das expectativas, excepto em Q2 (atractividade visual das instalações), onde o GAP alcança um valor de -0,77 e em Q7 (conveniência do horário de funcionamento do serviço), um valor de -0,23.

GAP																						
	Q1	Q2	Q3	Q4	Q5	Q6	Q7	Q8	Q9	Q10	Q11	Q12	Q13	Q14	Q15	Q16	Q17	Q18	Q19	Q20	Q21	Q22
Média	0,00	-0,23	0,00	0,00	0,00	0,00	-0,77	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00

Tabela n.º 51

“Análise do GAP por Questão”

Fonte: Elaboração própria (2017)

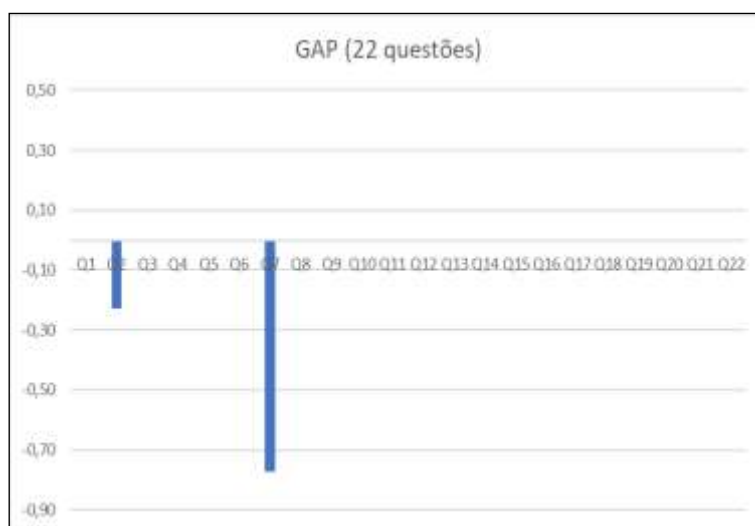


Gráfico n.º 46

“Análise do GAP por Questão”

Fonte: Elaboração própria (2017)

b) Por dimensão:

De acordo com a análise dos dados (tabela n.º 52 e gráfico n.º 47), podemos verificar que as **expectativas** e as **percepções** seguem o mesmo padrão de resposta por parte dos utentes da especialidade de Anestesiologia. Em ambas as situações, a classificação atribuída pelos utentes é elevada (acima de 6), sobretudo em relação à dimensão Capacidade de Resposta (relativa à disposição para ajudar os utentes e prestação de um serviço rápido), que alcança uma média de 6,99. Podemos observar que os valores mais baixos obtidos correspondem à dimensão da Tangibilidade (referente às instalações físicas, aos equipamentos e à aparência dos profissionais), com uma média de 6,35 nas expectativas e de 6,30 nas percepções. É também nesta dimensão que encontramos um maior desvio-padrão entre as respostas, tanto em relação às expectativas (1,27) como às percepções (1,33).

Expectativas					
	Tangibilidade	Empatia	Confiabilidade	Garantia	Capacidade de Resposta
Média por dimensão	6,35	6,90	6,66	6,82	6,99
Desvio-Padrão por dimensão	1,27	0,24	0,49	0,54	0,05
Percepções					
	Tangibilidade	Empatia	Confiabilidade	Garantia	Capacidade de Resposta
Média por dimensão	6,30	6,75	6,66	6,82	6,99
Desvio-Padrão por dimensão	1,33	0,45	0,49	0,54	0,05

Tabela n.º 52

“Análise das Expectativas e das Percepções por Dimensão”

Fonte: Elaboração própria (2017)

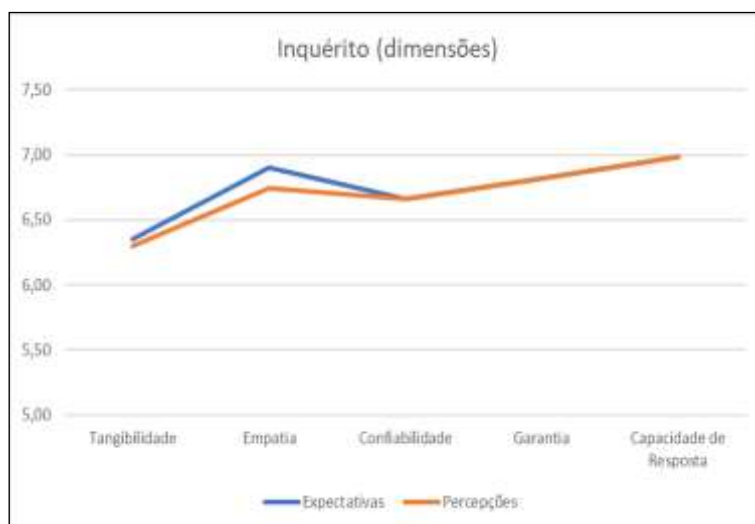


Gráfico n.º 47

“Análise das Expectativas e das Percepções por Dimensão”

Fonte: Elaboração própria (2017)

Depois de calculado o **GAP**, podemos observar (tabela n.º 53 e gráfico n.º 48) que em nenhuma dimensão os valores das percepções foram superiores aos das expectativas, mas que se igualaram (0,00) nas dimensões Confiabilidade (referente a aspectos como a capacidade de realização do serviço prometido com confiança e precisão), Garantia (relativa ao conhecimento e cortesia dos funcionários e sua capacidade de inspirar confiança) e Capacidade de Resposta (respeitante à disposição na ajuda a utentes e à prestação de um serviço rápido). Registam-se GAPS nas dimensões Tangibilidade (concernente às instalações físicas, aos equipamentos e à aparência dos profissionais) e Empatia (relativa ao cuidado e atenção individualizada prestados aos utentes) de valores de -0,06 e -0,15, respectivamente.

GAP					
	Tangibilidade	Empatia	Confiabilidade	Garantia	Capacidade de Resposta
Média	-0,06	-0,15	0,00	0,00	0,00

Tabela n.º 53

“Análise do GAP por Dimensão”

Fonte: Elaboração própria (2017)

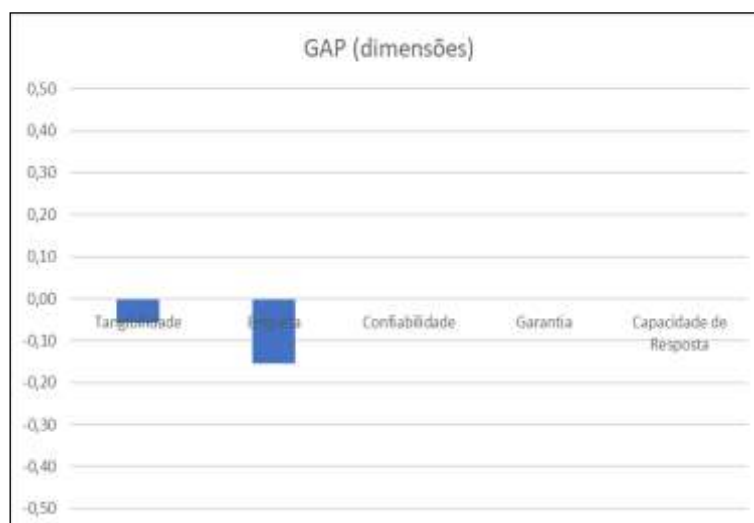


Gráfico n.º 48

“Análise do GAP por Dimensão”

Fonte: Elaboração própria (2017)

6) Otorrinolaringologia

a) Por questão:

De acordo com a análise dos dados (tabela n.º 54 e gráfico n.º 49), podemos verificar que tanto as classificações das **expectativas** como das **percepções** dos utentes da especialidade de Otorrinolaringologia são positivas e elevadas (a partir de 5,50). No entanto, os valores das expectativas são um pouco mais baixos em Q3 (aparência cuidada dos funcionários) e Q14 (prestação do serviço no tempo previamente estabelecido). Quanto às percepções, os seus valores apresentam-se mais baixos em Q1 (modernidade dos equipamentos), Q2 (atractividade visual das instalações), Q7 (conveniência do horário de funcionamento do serviço) e, à semelhança do que acontece nas expectativas, em Q14 (prestação do serviço no tempo previamente estabelecido). De acordo com a análise do desvio-padrão, verifica-se ser mais elevado o resultado obtido em E3

(aparência cuidada dos funcionários), nas expectativas (2,01) e em P1 (modernidade dos equipamentos), nas percepções (2,32).

Expectativas																						
	E1	E2	E3	E4	E5	E6	E7	E8	E9	E10	E11	E12	E13	E14	E15	E16	E17	E18	E19	E20	E21	E22
Média	6,11	5,72	5,94	6,11	6,35	6,44	5,89	6,22	6,28	6,44	6,39	6,50	6,50	5,72	6,33	6,22	6,50	6,33	6,22	6,33	6,33	6,83
Desvio-Padrão	1,64	1,60	2,01	1,60	1,57	1,54	1,88	1,56	1,56	1,54	1,58	1,47	1,47	1,56	1,50	1,63	1,54	1,53	1,56	1,53	1,53	0,51
Percepções																						
	P1	P2	P3	P4	P5	P6	P7	P8	P9	P10	P11	P12	P13	P14	P15	P16	P17	P18	P19	P20	P21	P22
Média	5,72	5,50	5,78	5,83	6,02	6,11	5,61	5,94	6,00	6,11	6,06	6,17	6,17	5,22	6,00	6,06	6,17	6,06	6,00	6,00	6,00	6,50
Desvio-Padrão	2,32	1,98	2,29	2,01	2,00	2,00	2,20	1,98	2,00	2,00	2,01	1,95	1,95	2,07	1,94	1,98	2,01	1,98	1,97	1,97	1,97	1,47

Tabela n.º 54

“Análise das Expectativas e das Percepções por Questão”

Fonte: Elaboração própria (2017)

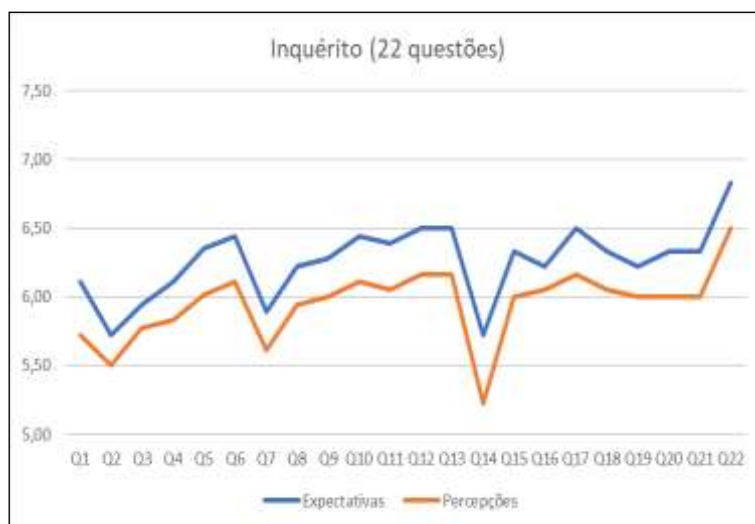


Gráfico n.º 49

“Análise das Expectativas e das Percepções por Questão”

Fonte: Elaboração própria (2017)

Depois de calculado o **GAP**, podemos observar (tabela n.º 55 e gráfico n.º 50) que em nenhuma questão os valores das percepções foram superiores aos das expectativas, o que significa que os utentes não estão satisfeitos com o serviço prestado. As questões em que se verifica uma maior distância entre as expectativas e as percepções são Q1 (modernidade dos equipamentos) e Q14 (prestação do serviço no tempo previamente estabelecido).

GAP																						
	Q1	Q2	Q3	Q4	Q5	Q6	Q7	Q8	Q9	Q10	Q11	Q12	Q13	Q14	Q15	Q16	Q17	Q18	Q19	Q20	Q21	Q22
Média	-0,39	-0,22	-0,17	-0,28	-0,33	-0,33	-0,28	-0,28	-0,28	-0,33	-0,33	-0,33	-0,33	-0,50	-0,33	-0,17	-0,33	-0,28	-0,22	-0,33	-0,33	-0,33

Tabela n.º 55

“Análise do GAP por Questão”

Fonte: Elaboração própria (2017)



Gráfico n.º 50

“Análise do GAP por Questão”

Fonte: Elaboração própria (2017)

b) Por dimensão:

Depois de calculadas as médias (tabela n.º 56 e gráfico n.º 51), podemos verificar que as **expectativas** e as **percepções** dos utentes da especialidade Otorrinolaringologia seguem o mesmo padrão de resposta. Em ambas as situações, a classificação atribuída pelos utentes é elevada (acima de 5,50), sobretudo em relação à dimensão Capacidade de Resposta (relativa à disposição para ajudar os utentes e prestação de um serviço rápido), que alcança uma média de 6,43 nas expectativas e de 6,13 nas percepções. Podemos observar que os valores mais baixos obtidos correspondem à dimensão da Tangibilidade (referente às instalações físicas, aos equipamentos e à aparência dos profissionais), com uma média de 5,97 nas expectativas e de 5,71 nas percepções. É também nesta dimensão que encontramos um maior desvio-padrão entre as respostas, tanto em relação às expectativas (1,72) como às percepções (2,15).

Expectativas					
	Tangibilidade	Empatia	Confiabilidade	Garantia	Capacidade de Resposta
Média por dimensão	5,97	6,24	6,31	6,35	6,43
Desvio-Padrão por dimensão	1,72	1,62	1,52	1,55	1,28
Percepções					
	Tangibilidade	Empatia	Confiabilidade	Garantia	Capacidade de Resposta
Média por dimensão	5,71	5,94	5,94	6,07	6,13
Desvio-Padrão por dimensão	2,15	2,04	2,00	1,98	1,84

Tabela n.º 56

“Análise das Expectativas e das Percepções por Dimensão”

Fonte: Elaboração própria (2017)

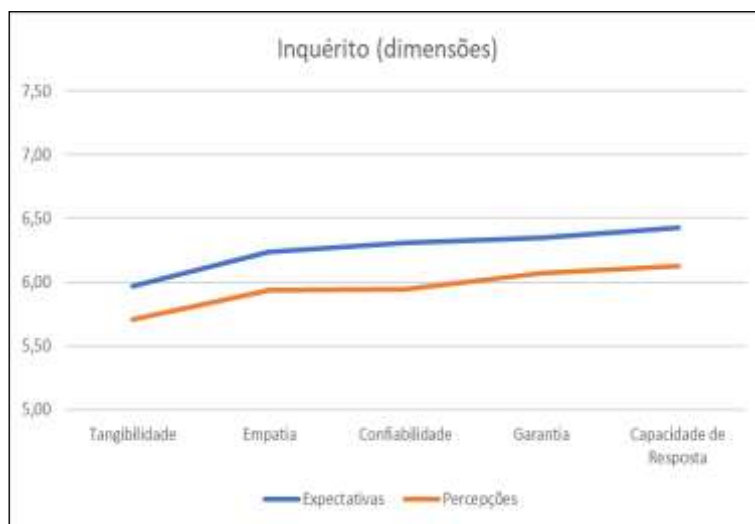


Gráfico n.º 51

“Análise das Expectativas e das Percepções por Dimensão”

Fonte: Elaboração própria (2017)

De acordo com a análise do **GAP**, podemos observar (tabela n.º 57 e gráfico n.º 52) que em nenhuma dimensão os valores das percepções foram superiores aos das expectativas, o que significa que os utentes esperavam um melhor serviço do que aquele que foi prestado. Regista-se um GAP de maior valor (-0,37) na dimensão Confiabilidade (relacionada com aspectos como a capacidade de realização do serviço prometido com confiança e precisão).

GAP					
	Tangibilidade	Empatia	Confiabilidade	Garantia	Capacidade de Resposta
Média	-0,26	-0,30	-0,37	-0,28	-0,31

Tabela n.º 57

“Análise do GAP por Dimensão”

Fonte: Elaboração própria (2017)

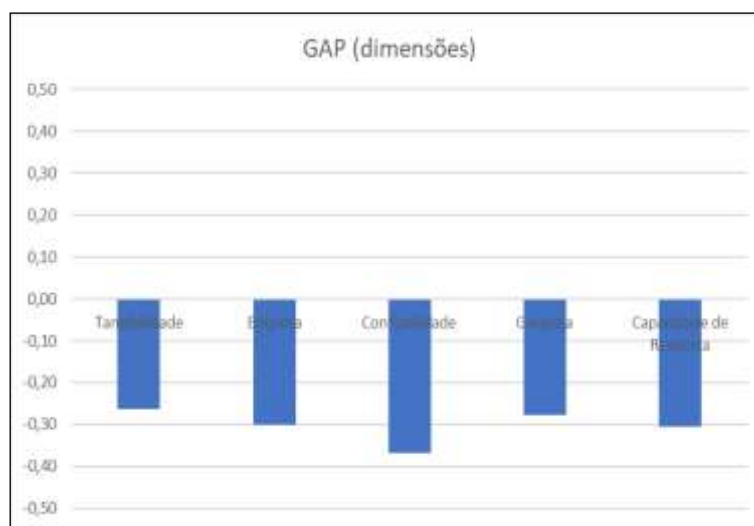


Gráfico n.º 52

“Análise do GAP por Dimensão”

Fonte: Elaboração própria (2017)

7) Urologia

a) Por questão:

De acordo com a análise dos dados (tabela n.º 58 e gráfico n.º 53), podemos verificar que os utentes da especialidade Urologia têm **expectativas** bastante altas em relação à prestação do serviço (acima de 6). No entanto, os valores das expectativas são um pouco mais baixos em Q2 (atractividade visual das instalações), Q7 (conveniência do horário de funcionamento do serviço) e Q14 (prestação do serviço no tempo previamente estabelecido). Já as **percepções**, são também tendencialmente altas (com valores a partir de 4,94). No entanto, à semelhança do que acontece nas expectativas, estes utentes atribuem menores valores às percepções relativas a Q2 (atractividade visual das instalações), Q4 (adequação da aparência das instalações físicas ao serviço prestado), Q7 (conveniência do horário de funcionamento do serviço) e Q14 (prestação do serviço no tempo previamente estabelecido). De acordo com a análise do desvio-padrão, verifica-se

ser mais elevado o resultado obtido em E16 (garantia de privacidade e intimidade pelo serviço), nas expectativas (1,07) e em P14 (prestação do serviço no tempo previamente estabelecido), nas percepções (2,36).

Expectativas																						
	E1	E2	E3	E4	E5	E6	E7	E8	E9	E10	E11	E12	E13	E14	E15	E16	E17	E18	E19	E20	E21	E22
Média	6,65	6,35	6,76	6,82	6,94	7,00	6,53	7,00	7,00	7,00	7,00	7,00	7,00	6,29	7,00	6,47	7,00	6,96	7,00	7,00	6,94	7,00
Desvio-Padrão	1,00	1,06	0,66	0,53	0,24	0,00	1,01	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	1,05	0,00	1,07	0,00	0,16	0,00	0,00	0,24	0,00
Percepções																						
	P1	P2	P3	P4	P5	P6	P7	P8	P9	P10	P11	P12	P13	P14	P15	P16	P17	P18	P19	P20	P21	P22
Média	6,65	6,18	6,65	6,41	6,94	7,00	6,12	7,00	7,00	7,00	7,00	7,00	7,00	4,94	7,00	6,47	7,00	6,96	7,00	6,82	6,88	7,00
Desvio-Padrão	1,00	1,07	0,79	1,50	0,24	0,00	1,65	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	2,36	0,00	1,07	0,00	0,16	0,00	0,73	0,33	0,00

Tabela n.º 58

“Análise das Expectativas e das Percepções por Questão”

Fonte: Elaboração própria (2017)

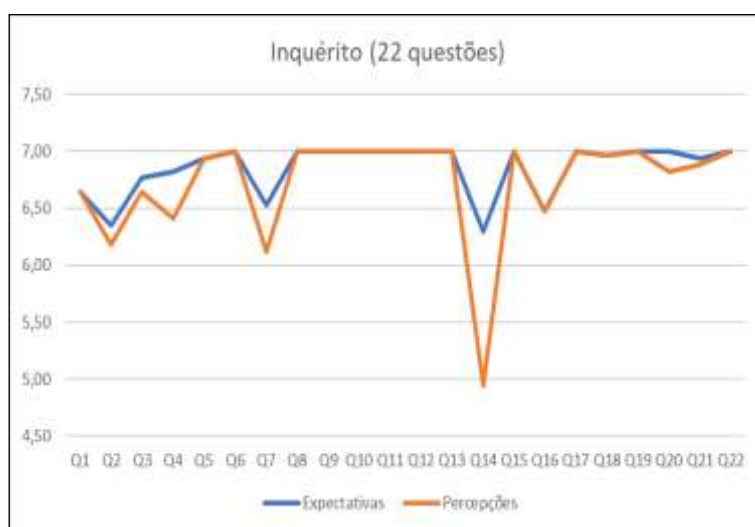


Gráfico n.º 53

“Análise das Expectativas e das Percepções por Questão”

Fonte: Elaboração própria (2017)

Depois de calculado o **GAP**, podemos observar (tabela n.º 59 e gráfico n.º 54) que em nenhuma questão os valores das percepções foram superiores aos das expectativas, havendo, na maioria das questões, uma correspondência entre expectativas e percepções (0,00). Há registo de GAP em sete questões, cujo maior valor se verifica em Q14, referente à prestação do serviço no tempo previamente estabelecido (-1,35).

GAP																						
	Q1	Q2	Q3	Q4	Q5	Q6	Q7	Q8	Q9	Q10	Q11	Q12	Q13	Q14	Q15	Q16	Q17	Q18	Q19	Q20	Q21	Q22
Média	0,00	-0,18	-0,12	-0,41	0,00	0,00	-0,41	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	-1,35	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	-0,18	-0,06	0,00

Tabela n.º 59

“Análise do GAP por Questão”

Fonte: Elaboração própria (2017)

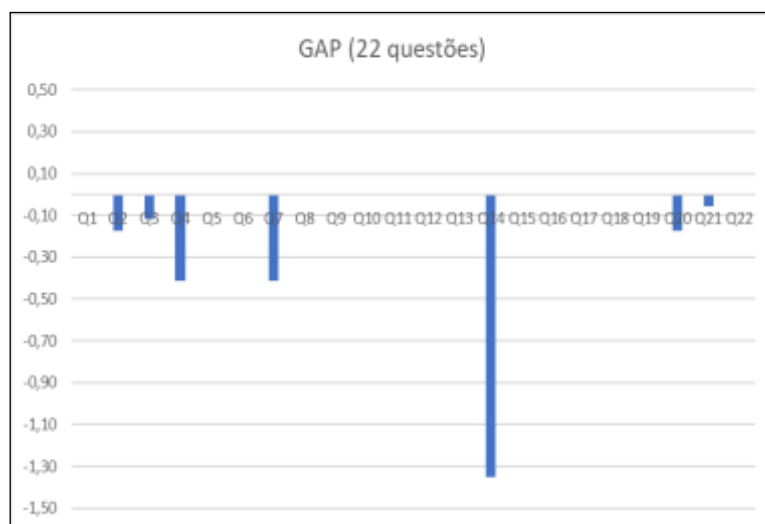


Gráfico n.º 54

“Análise do GAP por Questão”

Fonte: Elaboração própria (2017)

b) Por dimensão:

Depois de calculadas as médias (tabela n.º 60 e gráfico n.º 55), podemos verificar que as **expectativas** e as **percepções** seguem o mesmo padrão de resposta por parte dos utentes da especialidade de Urologia. Em ambas as situações, a classificação atribuída pelos utentes é elevada (acima de 6), sobretudo em relação à dimensão Capacidade de Resposta (relativa à disposição para ajudar os utentes e prestação de um serviço rápido), que alcança uma média de 6,99 nas expectativas e de 6,93 nas percepções. Podemos observar que os valores mais baixos obtidos correspondem à dimensão da Tangibilidade (referente às instalações físicas, aos equipamentos e à aparência dos profissionais), com uma média de 6,65 nas expectativas e de 6,47 nas percepções. É também nesta dimensão que encontramos um maior desvio-padrão entre as respostas, tanto em relação às expectativas (0,81) como às percepções (1,09).

Expectativas					
	Tangibilidade	Empatia	Confiabilidade	Garantia	Capacidade de Resposta
Média por dimensão	6,65	6,89	6,86	6,86	6,99
Desvio-Padrão por dimensão	0,81	0,25	0,21	0,31	0,06
Percepções					
	Tangibilidade	Empatia	Confiabilidade	Garantia	Capacidade de Resposta
Média por dimensão	6,47	6,81	6,59	6,86	6,93
Desvio-Padrão por dimensão	1,09	0,38	0,47	0,31	0,26

Tabela n.º 60

“Análise das Expectativas e das Percepções por Dimensão”

Fonte: Elaboração própria (2017)

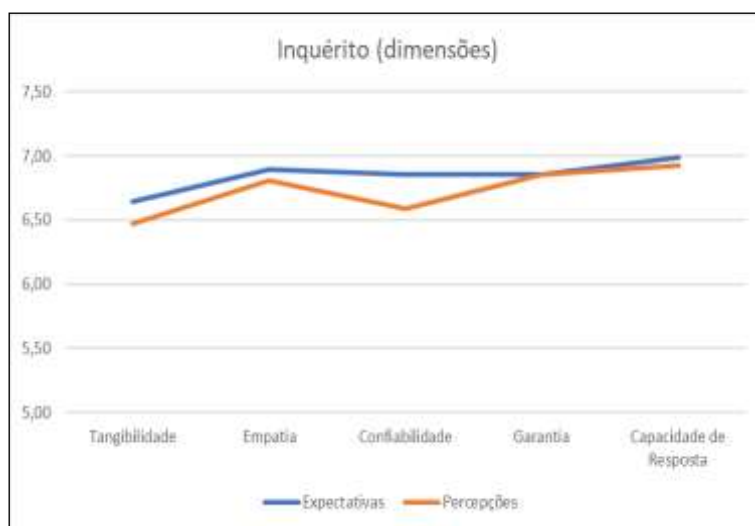


Gráfico n.º 55

“Análise das Expectativas e das Percepções por Dimensão”

Fonte: Elaboração própria (2017)

Depois de calculado o **GAP**, podemos observar (tabela n.º 61 e gráfico n.º 56) que em nenhuma dimensão os valores das percepções foram superiores ao das expectativas. Regista-se uma dimensão – a Garantia (referente ao conhecimento e cortesia dos funcionários e sua capacidade de inspirar confiança) – cujas percepções equivalem às expectativas (0,00), verificando-se um GAP de maior valor (-0,27) na dimensão Confiabilidade (relativa a aspectos como a capacidade de realização do serviço prometido com confiança e precisão).

GAP					
	Tangibilidade	Empatia	Confiabilidade	Garantia	Capacidade de Resposta
Média	-0,18	-0,08	-0,27	0,00	-0,06

Tabela n.º 61

“Análise do GAP por Dimensão”

Fonte: Elaboração própria (2017)

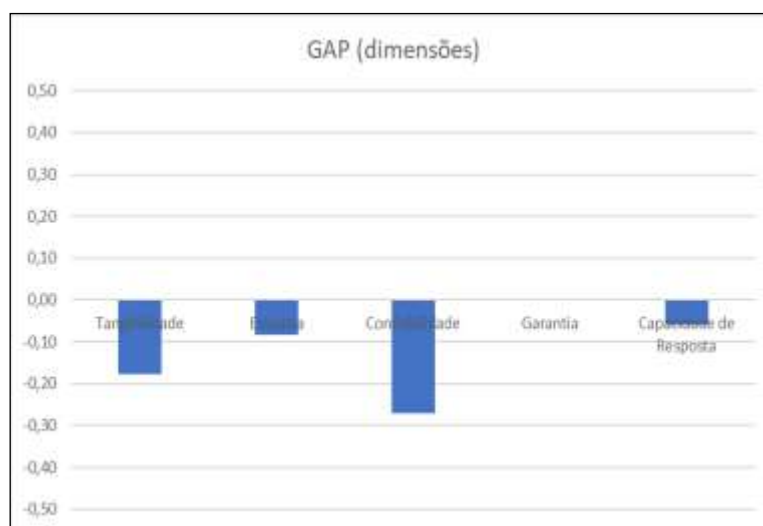


Gráfico n.º 56

“Análise do GAP por Dimensão”

Fonte: Elaboração própria (2017)

3.4 Discussão de resultados

Depois de revelados e analisados os resultados obtidos, cumpre apresentar uma leitura de síntese em relação às principais conclusões alcançadas. No sentido de se facilitar a leitura dos dados, expostos de forma necessária mas algo extensa, foi elaborada uma tabela síntese (tabela n.º 62), com os principais dados a ter em conta para o alcance das principais conclusões e a consultar na página seguinte.

RESULTADOS		Maior satisfação por Questão	Menor satisfação por Questão	Maior satisfação por Dimensão	Menor satisfação por Dimensão
Análise Global		Q16*	Q14*	Garantia*	Confiabilidade*
Análise por Género	Masculino	Q1,Q6,Q8,Q9,Q10,Q12,Q13,Q15,Q16,Q17,Q18,Q19,Q22**	Q7*	Garantia	Confiabilidade e Empatia***
	Feminino	Q3,Q16***	Q14*	Garantia e Capacidade de Resposta***	Confiabilidade*
Análise por Idade/Faixa Etária	> 65 anos	Q1,Q3,Q5,Q6,Q8,Q9,Q10,Q12,Q13,Q16,Q17,Q18,Q19,Q20,Q21,Q22**	Q7*	Capacidade de Resposta	Confiabilidade*
	35-64 anos	Q1,Q4,Q8,Q9,Q18**	Q14*	Garantia	Confiabilidade*
	19-34 anos	Q3,Q16**	Q14*	Garantia*	Confiabilidade*
	< 18 anos	Q1,Q2,Q3,Q4,Q6,Q7,Q8,Q9,Q10,Q12,Q13,Q15,Q16,Q17,Q18,Q19,Q20,Q21,Q22**	Q14*	Tangibilidade, Garantia e Capacidade de Resposta**	Confiabilidade*
Análise por Especialidade Médica	Medicina Interna	Q1,Q2,Q3,Q4,Q5,Q6,Q8,Q9,Q10,Q11,Q12,Q13,Q15,Q16,Q17,Q18,Q19,Q20,Q21,Q22**	Q14*	Tangibilidade, Garantia e Capacidade de Resposta**	Empatia*
	Ortopedia	Q1,Q2,Q3,Q4,Q5,Q6,Q7,Q8,Q9,Q10,Q11,Q12,Q13,Q15,Q16,Q17,Q18,Q19,Q20,Q21,Q22**	Q14*	Tangibilidade, Empatia, Garantia e Capacidade de Resposta**	Confiabilidade*
	Pediatria	Q1,Q2,Q3,Q4,Q6,Q7,Q8,Q9,Q10,Q12,Q13,Q15,Q16,Q17,Q18,Q19,Q20,Q21,Q22**	Q14*	Tangibilidade, Garantia e Capacidade de Resposta**	Confiabilidade*
	Ginecologia e Obstetrícia	Q1,Q3,Q4,Q5,Q6,Q7,Q8,Q9,Q10,Q11,Q12,Q13,Q15,Q16,Q17,Q18,Q19,Q20,Q21,Q22**	Q14*	Empatia, Garantia e Capacidade de Resposta**	Tangibilidade e Confiabilidade*
	Anestesiologia	Q1,Q3,Q4,Q5,Q6,Q8,Q9,Q10,Q11,Q12,Q13,Q14,Q15,Q16,Q17,Q18,Q19,Q20,Q21,Q22**	Q7*	Confiabilidade, Garantia e Capacidade de Resposta**	Empatia*
	Otorrino.	Q3,Q16***	Q14*	Tangibilidade*	Confiabilidade*
	Urologia	Q1,Q5,Q6,Q8,Q9,Q10,Q11,Q12,Q13,Q15,Q16,Q17,Q18,Q19,Q22**	Q14*	Garantia	Confiabilidade*

*valor negativo; **resultado com igual valor; ***resultado com igual valor e negativo.

Tabela n.º 62

“Análise dos resultados obtidos”

Fonte: Elaboração própria (2017)

Analizada a tabela, podemos verificar que, no que diz respeito à análise da satisfação por questão, os utentes estão mais satisfeitos em relação à garantia da sua privacidade e intimidade por parte do serviço (Q16), uma vez que, apesar dos extensos dados elencados, esta questão parece ser o denominador comum, presente quase na totalidade das análises por questão. A menor satisfação dos utentes, em relação a cada questão, diz respeito à conveniência do horário de funcionamento do serviço (Q7) e, sobretudo, à prestação do serviço dentro do tempo previamente estabelecido (Q14). Portanto, os dados apontam para que os utentes não estejam satisfeitos com o horário de marcação de consultas e com o tempo de espera até à própria consulta.

Relativamente à análise por dimensão, podemos observar que os utentes estão mais satisfeitos relativamente à Tangibilidade (que diz respeito a instalações físicas, equipamentos e aparência dos profissionais), Capacidade de Resposta (que se baseia na disposição para ajudar os utentes e fornecer um serviço rápido) e, sobretudo, à Garantia (relativa ao conhecimento e cortesia dos funcionários e sua capacidade de inspirar confiança). No entanto, apresentam-se menos satisfeitos em relação à dimensão Empatia (relacionada com o cuidado e atenção individualizada aos utentes) e, sobretudo, à Confiabilidade (que se relaciona com aspectos como a capacidade de realizar o serviço prometido com confiança e precisão).

Por via da análise global (evidenciada na primeira linha da Tabela n.º 62), em consonância com a análise por questão e por dimensão, pudémos, de facto, verificar que os utentes estão mais satisfeitos com a garantia da sua privacidade e intimidade (Q16) e menos satisfeitos com a prestação do serviço no tempo previamente estabelecido (Q14). Estão também mais satisfeitos relativamente à dimensão Garantia e menos satisfeitos em relação à dimensão Confiabilidade.

No entanto, importa proceder a uma análise das bases de dados, de forma a apurar mais resultados. Assim, podemos afirmar que os utentes mais satisfeitos são, de acordo com o género, os utentes do sexo masculino; relativamente à idade, os utentes da faixa etária entre os 35 e 64 anos; e em relação à especialidade médica, os utentes de Ortopedia. Por oposição, os utentes menos satisfeitos são, de acordo com o género, os utentes do sexo feminino; relativamente à idade, os utentes da faixa etária entre os 19 e 34 anos; e em relação à especialidade médica, os utentes de Otorrinolaringologia.

Depois de analisados os resultados, prestemos atenção à tabela n.º 63 que, em jeito de síntese visual, nos evidencia a ordem de satisfação dos utentes, de acordo com a análise efectuada.

RESULTADOS – ordem de satisfação	
Análise por Género	Masculino
	Feminino
Análise por Idade/Faixa Etária	35-64 anos
	> 65 anos
	< 18 anos
	19-34 anos
Análise por Especialidade Médica	Ortopedia
	Ginecologia e Obstetrícia
	Anestesiologia
	Medicina Interna
	Pediatria
	Urologia
	Otorrinolaringologia

Tabela n.º 63

“Análise dos resultados por ordem de satisfação”

Fonte: Elaboração própria (2017)

Importa agora discutir estes resultados à luz do que foi alcançado no âmbito de estudos similares. Atentemos na tabela n.º 64 da página seguinte, a qual nos indica uma análise comparativa dos resultados obtidos no presente estudo, com os resultados obtidos por outros autores, em estudos semelhantes: Lima (2016), o qual já havíamos referido ter sido realizado no Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia/Espinho; Alkhalaileh *et al.* (2017), realizado em Gaza; Papanikolaou & Zygiaris (2014), na Grécia; e Li *et al.* (2015), na China. A escolha das publicações obedeceu aos seguintes critérios: SERVQUAL na Saúde, diferenciação por género e idade e, se possível, por especialidade médica.

Utilização do SERVQUAL						
ESTUDOS / ANÁLISE		O presente estudo	Lima (2016)	Alkhalaileh <i>et al.</i> (2017)	Papanikolaou & Zygiaris (2014)	Li <i>et al.</i> (2015)
Género	+	Masculino	Feminino	Feminino	Sem diferenças significativas	Sem diferenças significativas
	-	Feminino	Masculino	Masculino	Sem diferenças significativas	Sem diferenças significativas
Idade	+	35-64	>65	50-64/>65	>65	>65
	-	19-34	18-34	18-34	17-44	40-49
Esp. Médica	+	Ortopedia	Unidade de Gestão Integrada de Anestesiologia	Não se aplica	Não se aplica	Ambulatório
	-	Otorrino.	Unidade de Gestão Integrada da Mulher e da Criança	Não se aplica	Não se aplica	Internamento

Tabela n.º 64

“Utilização do SERVQUAL em estudos nacionais e internacionais”

Fonte: Elaboração própria (2017)

De acordo com o género, no presente estudo, pudémos verificar que os utentes mais satisfeitos são os do sexo masculino, cujas percepções igualaram as expectativas (0,00) em treze questões, o que não corresponde à tendência evidenciada nos estudos de Lima (2016) e Alkhalaileh *et al.* (2017). Em Papanikolaou & Zygiaris (2014) e Li *et al.* (2015), não se evidenciaram diferenças significativas na satisfação dos utentes de acordo com o género. Assim, não nos parece haver uma explicação para a verificação de um ou de outro resultado. No entanto, de acordo com Alkhalaileh *et al.* (2017), estudos semelhantes realizados em Gaza, no Kuwait ou na Turquia indicaram as utentes do sexo feminino como geralmente mais satisfeitas, atribuindo estes resultados ao facto destas poderem não conhecer claramente os seus direitos de saúde, tendo, por isso, baixos níveis de expectativa. Apesar do exposto, no estudo que se apresenta, os utentes do sexo masculino evidenciam-se menos satisfeitos no que diz respeito à conveniência do horário

de funcionamento do serviço (Q7). Em relação a utentes do sexo feminino, apesar da menor satisfação verificada, mostraram uma maior satisfação no que diz respeito à aparência cuidada dos funcionários do serviço (Q3) e à garantia de privacidade e intimidade (Q16). Este grupo mostrou-se menos satisfeito relativamente à prestação do serviço no tempo previamente estabelecido (Q14). Assim sendo, podemos aferir que utentes do sexo feminino se importam mais por esperar pela realização da consulta marcada do que utentes do sexo masculino, os quais se vêem mais inconformados relativamente ao horário de marcação da consulta.

Relativamente à idade, pudémos verificar que os utentes mais satisfeitos compreendem a faixa etária dos 35 aos 64 anos de idade. Este grupo foi o único em que se evidenciaram percepções superiores às expectativas, aquando das análises por questão e por dimensão. Este resultado poderá relacionar-se com um maior amadurecimento e uma maior consciência por parte dos utentes desta faixa etária relativamente às especificidades dos serviços públicos, mais concretamente, da prestação de cuidados de saúde. Fazendo novamente uma comparação com os restantes estudos, a tendência evidencia uma maior satisfação relativamente aos utentes com idade superior a 65 anos, faixa etária que ocupa o segundo lugar de satisfação com os cuidados prestados, no nosso estudo (vide tabela n.º 63). Por outro lado, os utentes menos satisfeitos compreendem a faixa etária dos 19 aos 34 anos, seguindo a tendência dos restantes estudos analisados. Relativamente, ainda, à análise dos nossos resultados, pudémos também constatar que em todas as faixas etárias a satisfação se evidenciou menor relativamente à prestação do serviço no tempo previamente estabelecido (Q14), excepto no grupo de utentes com idade superior a 65 anos, cuja menor satisfação se relaciona com conveniência do horário de funcionamento do serviço (Q7). Este resultado poderá dever-se ao facto de esta faixa etária ser composta por utentes que, por regra, já não trabalham ou estudam e, por este motivo, não se importarem de esperar mais tempo pela realização da consulta marcada.

Em relação à especialidade médica, pudémos verificar que os utentes mais satisfeitos são os de Ortopedia e os menos satisfeitos, os de Otorrinolaringologia. Fazendo novamente uma comparação com o estudo levado a cabo por Lima (2016), cumpre referir que, de acordo com o apurado, os utentes mais satisfeitos são aqueles que frequentaram uma especialidade pertencente à Unidade de Gestão Integrada de Anestesiologia, sendo os menos satisfeitos os utentes das especialidades referentes à Unidade de Gestão Integrada da Mulher e Criança. O estudo realizado por Li *et al.* (2015), apurou que os utentes de ambulatório se encontravam mais satisfeitos, por oposição aos pacientes

hospitalizados. Ainda relativamente a esta nossa análise por especialidade médica, pudémos constatar que, no presente estudo, a questão alvo de menor satisfação por parte dos utentes diz também respeito à prestação do serviço no tempo previamente estabelecido (Q14), excepto em relação à especialidade de Anestesiologia, cujo motivo de menor satisfação se relaciona com a conveniência do horário de funcionamento do serviço (Q7). Nesta análise, foi também possível constatar-se que os utentes se encontram mais satisfeitos em relação à dimensão da Garantia (referente ao conhecimento e cortesia dos funcionários e sua capacidade de inspirar confiança), evidenciando uma menor satisfação relativamente à dimensão da Confiabilidade (respeitante a aspectos como a capacidade de realização do serviço prometido com confiança e precisão), à semelhança do que acontece na análise global.

Além do mencionado na análise comparativa acabada de expor, por razões relativas à proximidade geográfica e ao âmbito do estudo realizado por Lima (2016) no Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia/Espinho, pareceu-nos pertinente realçar mais algumas das verificações nele obtidas. Para os seus utentes, é o facto de as instalações do serviço serem visualmente atraentes (Q2) e de os funcionários do serviço prestarem o serviço corretamente à primeira vez (Q12) que os deixa mais satisfeitos. A menor satisfação destes utentes prende-se com as questões que dizem respeito ao facto de os funcionários do serviço terem de reconhecer as dificuldades dos utentes (Q9), com a questão que diz respeito à aparência das instalações físicas do serviço estarem de acordo com o tipo de serviços prestados (Q4), e, à semelhança do que se apurou neste estudo, com o facto de o serviço ter um horário conveniente (Q7). Relativamente à análise por dimensão, os utentes deste Centro Hospitalar apresentam uma maior satisfação relativamente às dimensões Tangibilidade, Confiabilidade e Capacidade de Resposta e uma maior insatisfação relativamente à Garantia e, à semelhança do que se verifica neste estudo, à Empatia.

Depois de apurados e discutidos os resultados, importa fazer referência à sua análise do ponto de vista da administração e gestão hospitalar. Nesta óptica, depois do exposto, cumpre evidenciar sobre que questões deverão estes decisores-chave concentrar a sua actuação, de modo a melhorar a satisfação dos utentes a que prestam cuidados. Pelo apurado, os utentes encontram-se menos satisfeitos, na sua generalidade, relativamente à conveniência das datas e horários de marcação de consultas e, sobretudo, ao tempo de espera desde a efectivação da sua consulta marcada até à sua efectiva concretização. Será sobre estas questões que os responsáveis pela administração e gestão hospitalar se

deverão concentrar, de modo a encontrar adequadas vias de melhoria e, assim, proporcionar maiores níveis de satisfação aos utentes. Pela mesma razão, importará também referir quem são os “utentes tipo” relativamente à satisfação, cujas características foram apuradas no início desta discussão de resultados e agora evidenciamos na tabela n.º 65.

	O “UTENTE TIPO”	
	Maior Satisfação	Menor Satisfação
Análise por Género	Masculino	Feminino
Análise por Idade/Faixa Etária	35-64 anos	19-34 anos
Análise por Especialidade Médica	Ortopedia	Otorrinolaringologia

Tabela n.º 65

“O utente tipo”

Fonte: Elaboração própria (2017)

Concomitantemente, segundo Parasuraman *et al.* (1985), a análise das expectativas e percepções dos utentes fornece uma visão do processo pelo qual a qualidade do serviço de saúde é avaliada e, por isso, os decisores hospitalares devem entendê-las, de forma a identificar e corrigir rapidamente os problemas de qualidade do serviço, para que este possa ser prestado de maneira a corresponder às expectativas dos utentes (Babakus & Mangold, 1992). Apesar do exposto, o problema parece-nos não residir no facto de os serviços serem mal prestados mas sim nas expectativas altas verificadas por parte dos utentes. Tratando-se este de um serviço público e, portanto, financiado por impostos, parece natural que os utentes tenham expectativas elevadas sobre o seu funcionamento. Esta visão poderá explicar os resultados obtidos pois, devido a esse facto, o serviço poderá não ser de facto mal prestado mas as expectativas dos utentes, essas sim, demasiado altas, como comprovamos de seguida.

De acordo com o apurado (gráfico n.º 57), as expectativas apresentam valores elevados. O utente com expectativas mais elevadas é do género feminino (6,73), com uma idade inferior ou igual a 18 anos (6,77) e da especialidade de Medicina Interna (6,92). Por outro lado, o utente com expectativas mais baixas é do género masculino (6,54), com

idade compreendida entre os 35 e os 64 anos (6,60) e da especialidade de Otorrinolaringologia (6,26).

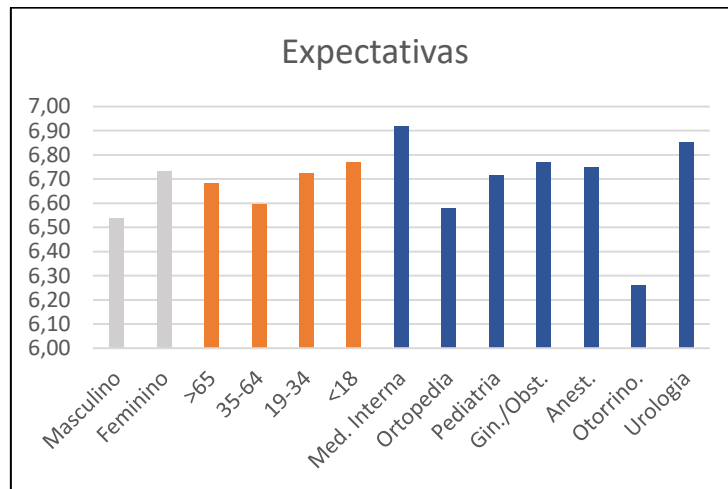


Gráfico n.º 57

“Análise dos valores médios das Expectativas”

Fonte: Elaboração própria (2017)

As percepções seguem uma tendência semelhante. Do mesmo modo, apresentam valores também elevados (gráfico n.º 58). O utente com percepções mais elevadas é do género feminino (6,63), com uma idade inferior ou igual a 18 anos (6,70) e da especialidade de Medicina Interna (6,82). Por outro lado, o utente com percepções mais baixas é do género masculino (6,44), com idade compreendida entre os 19 e os 34 anos (6,60) e da especialidade de Otorrinolaringologia (5,96).

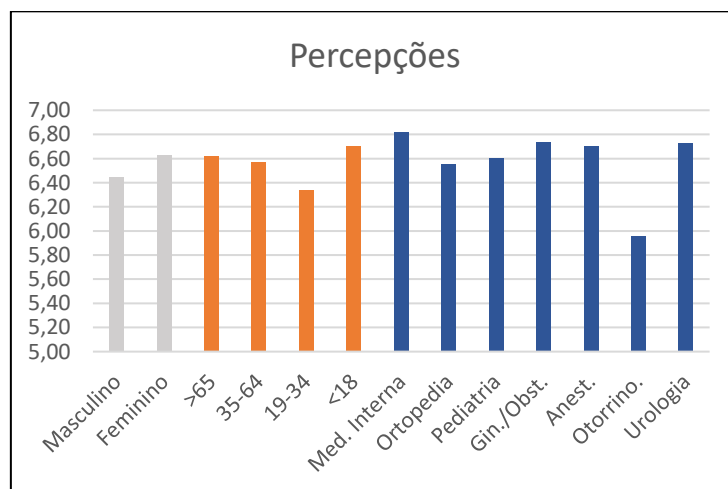


Gráfico n.º 58

“Análise dos valores médios das Percepções”

Fonte: Elaboração própria (2017)

Desta forma, percebendo quem são os “utentes-tipo” relativamente a esta análise, poderão administradores e gestores hospitalares actuar sobre as suas expectativas. Por isso, torna-se importante perceber quem são os utentes com menores expectativas em relação à prestação dos serviços e perceber qual o motivo para tal (se se devem a uma má experiência anterior ou se são resultado daquilo que os utentes ouvem socialmente, por exemplo). Uma vez que estas expectativas mais baixas podem levar a que os utentes não acorram ao serviço, será essencial perceber-se quais as razões dos seus valores e, para isso, ouvi-los, por exemplo, através da realização de campanhas de sensibilização. Esta será uma medida possível de ser tomada em casos de baixas expectativas dos utentes. No caso em estudo, como referido, as expectativas apresentam valores altos. Contudo, as expectativas apresentam-se mais baixas relativamente aos utentes do género masculino, com idade compreendida entre os 35 e os 64 anos e da especialidade de Otorrinolaringologia. Será, assim, sobre estes utentes que a administração hospitalar poderá orientar uma possível actuação.

Parece-nos, portanto, ser necessário ter em conta os resultados alcançados no presente estudo, dedicando-lhes um pensamento sério e uma conjugação de esforços por parte dos vários profissionais hospitalares, de forma a serem tomadas decisões capazes de uma melhoria nos cuidados de saúde prestados pelo Hospital.

CONCLUSÕES

1. Reflexões finais

O crescente interesse pela temática da “Qualidade” apresenta-se como um fenómeno relativamente recente na área da saúde e baseia-se nas experiências obtidas na área da indústria, a partir de meados do século XX (Sousa, 2010). Esta intervenção resulta da necessidade de uma eficaz e eficiente resolução dos problemas de saúde, de uma exigência de respostas interactivas no quadro dos recursos profissionais e organizacionais e, bem assim, do anseio pela fomentação e sedimentação da qualidade na prestação dos cuidados de saúde (Silva, 2010). No entanto, a aplicação dos conceitos e práticas de qualidade no sector da indústria não pode ser feita de forma linear em instituições públicas (Silva, 2010).

À semelhança do que se tem verificado noutros países, a temática da avaliação da qualidade, garantia e melhoria contínua da qualidade nos sistemas de saúde, quer no âmbito público, quer no privado, tem assumido cada vez mais relevância, apresentando-se como finalidade dos sistemas de saúde modernos e como um grande desafio para os profissionais de saúde, os quais pretendem assegurar o acesso, em tempo útil e com custos adequados, a todos os cidadãos (Sousa, 2010).

Contudo, apesar da investigação realizada nas últimas décadas sobre qualidade na saúde, pouco se conhece ainda sobre a efectividade das metodologias de melhoria e, muito em especial, sobre quais as ideais ferramentas na melhoria dos resultados em saúde (França *et al.*, 2014). Neste enquadramento, surge o presente trabalho, enquanto Relatório de Estágio, na tentativa de contribuir para o alcance de mais algumas considerações relativas ao tema em questão.

Através do trabalho apresentado neste Relatório de Estágio, sobretudo, dos dados conclusivos relativos à aplicação do inquérito, podemos perceber que os utentes que se apresentaram à primeira consulta de algumas das Especialidades Médicas do CHBV, entidade de acolhimento de Estágio, apesar de percepcionarem o serviço prestado como positivo, não ficaram satisfeitos com os cuidados prestados pelos serviços, na medida em que as suas percepções não alcançaram as suas expectativas. No entanto, realçamos e agradecemos a disposição desta entidade hospitalar na aceitação de implementação de um

novo modelo de avaliação, ao caso, o SERVQUAL, demonstrando interesse na avaliação da satisfação dos seus pacientes.

Uma vez que o envolvimento do utente na tomada de decisões do sistema de saúde parece relativamente fraco, fortalecer o seu papel, assegurando e melhorando a qualidade dos cuidados deve ser uma prioridade, uma vez que os pacientes precisam estar melhor envolvidos com seu status de saúde, de forma a melhorar o nível de satisfação com o sistema de saúde português, que tem sido historicamente baixo (OCDE, 2015).

Inequivocamente, afirmamos que a segurança do doente tem assumido, na última década, uma elevada relevância, constituindo, nesse sentido, a avaliação dos seus requisitos e boas práticas um imperativo dos sistemas de gestão da qualidade, qualquer que seja o nível de serviço, departamento ou unidade hospitalar em que se encontrem implementados (França *et al.*, 2014). Experimentámos essa realidade e muito nos orgulhamos de poder ter contribuído para que Directores de Serviço e Administração Hospitalar percepcionem quais as áreas mais problemáticas e quais poderão ser alvo de melhoria, o que contribuirá, certamente, para a melhoria da qualidade do serviço prestado. Muito nos orgulha, também, ao longo da realização do presente trabalho, poder ter dado voz aos utentes do “nosso” hospital e, assim, alcançar os objectivos a que nos propusemos inicialmente.

Nesta fase de considerações finais, cumpre ainda referir que, na prática, a aplicação do inquérito se revelou algo difícil. Por isto mesmo, destacamos algumas conclusões relativas, não aos resultados apurados, mas sim às verificações registadas ao próprio questionário, assinaladas pelos próprios utentes aquando do seu preenchimento. Destacamos a sua principal queixa: a existência de perguntas muito semelhantes. Esta foi a frase mais ouvida pela investigadora aquando da recolha do questionário preenchido, pelo utente. Neste sentido, foi referido por alguns utentes que bastava a existência de um questionário com as seguintes questões-chave:

- **Q1** (equipamentos modernos);
- **Q2** (instalações visualmente atraentes);
- **Q3** (aparência cuidada dos funcionários);
- **Q5** (simpatia e cortesia dos funcionários);
- **Q7** (horário de funcionamento conveniente);
- **Q11** (explicação perceptível do problema e cuidados a prestar pelo profissional de saúde);

- **Q14** (prestação do serviço dentro do tempo previamente estabelecido);
- **Q16** (garantia de privacidade e intimidade);
- **Q22** (pronta vontade de ajudar por parte dos funcionários).

Os referidos utentes consideravam as restantes questões repetitivas, no entanto, alguns referiram que, não o sendo efectivamente, a sua resposta poderia ser obtida por comparação à resposta dada às mencionadas questões-chave.

Estas foram as apreciações feitas pelos utentes aquando da aplicação do inquérito, no entanto, deixamos agora nota de alguns dos problemas ocorridos com frequência aquando deste período de implementação. A primeira observação a fazer é o facto de os utentes sentirem alguma desconfiança em relação ao proposto, pelo facto de terem de assinar o documento relativo ao consentimento informado. A segunda constatação relaciona-se com o facto de os utentes confundirem expectativas com percepções e, frequentemente, responderem ao espaço dedicado às expectativas, de acordo com experiências passadas (consultas de outras especialidades ou comparação com outros hospitais). Desta conclusão resulta a comprovação de necessidade de explicação do processo antes do pedido para preenchimento do inquérito. Por isto mesmo, mostra-se necessário o investigador poder estar presente durante o preenchimento do questionário, algo que não se verifica no actual questionário do hospital. Outra ocorrência frequente, pelo facto de parte dos utentes ser de idade já avançada, é o pedido ao investigador para proceder, pelo utente, ao preenchimento do questionário. Nota-se, não uma recusa em preencher o questionário, mas uma não “total vontade” ou capacidade para o fazer. A maior verificação registada, relaciona-se com o facto de os utentes responderem apenas à primeira parte do questionário (expectativas) mas, talvez por pressa, aquando da sua devolução, referem à investigadora que as percepções corresponderam exactamente às suas expectativas e, por isso, mantêm os valores conferidos às vinte e duas questões referentes às expectativas. Pensamos que seja este o facto explicador de alguns dos dados obtidos.

Assim sendo, pensamos que, à semelhança dos vários autores citados anteriormente, suas linhas de pensamento e trabalhos desenvolvidos na área, o SERVQUAL se apresenta como um instrumento válido para o apuramento da satisfação dos agentes na área da saúde e, em consequência, para auxílio da Administração Hospitalar na tomada de decisões. Contudo, com modéstia, não podemos deixar de referir que o instrumento apresenta algumas características, sobretudo a sua estrutura

relativamente longa e o seu preenchimento por duas fases, que na área da prestação de cuidados de saúde e, sobretudo, num Centro Hospitalar, apresentam algumas dificuldades à sua real aplicação e consequente avaliação da satisfação dos utentes.

Por fim, cumpre ressaltar o facto de o Estágio não ter incidido exclusivamente sobre a temática do SERVQUAL. Este constituiu-se como um processo de aprendizagem, possibilitador da colocação em prática de alguns dos conhecimentos adquiridos do ponto de vista conceptual, quer por via da análise da literatura, quer por meio da realização do Mestrado. Assim sendo, podemos afirmar convictamente que os ensinamentos adquiridos através da frequência do Mestrado, aliados aos conhecimentos obtidos pela investigação literária, contribuíram para a realização deste Estágio, o qual, por sua vez, estamos certos ter contribuído para uma melhor formação, quer profissional, quer pessoal.

2. Limitações do estudo e pistas para investigações futuras

Algumas foram as limitações com as quais o presente estudo se foi cruzando. Apesar de, previamente, ter sido comunicado ao Conselho de Administração o propósito do referido Estágio e, por sua parte, ter havido concordância, dada a natureza do projecto que se visava desenvolver, avistava-se como necessária a obtenção de uma autorização da Comissão de Ética do CHBV para a aplicação dos Inquéritos. Este facto foi, portanto, a maior limitação com que o presente estudo se deparou, uma vez que a concordância por parte desta entidade tardou em chegar. Tendo a Comissão de Ética deliberado favoravelmente em relação ao desenvolvimento do estudo³ no mês de Julho, foi apenas possível proceder à aplicação dos Inquéritos no mês de Agosto, tornando-se este facto também uma limitação ao estudo, uma vez que neste mês muitos profissionais de saúde e utentes se encontram de férias. Devido a este facto, alguns foram os dias em que não foi possível aplicar sequer um Inquérito a algum utente. Pensa-se, portanto, que esta não tenha sido a melhor época para proceder à aplicação do instrumento de avaliação mas foi, no entanto, a possível e apresenta-se este facto como uma provável causa da baixa amostragem do estudo.

Apresentada a principal barreira ao estudo, cumpre mencionar algumas outras limitações verificadas aquando da fase de aplicação dos Inquéritos. Depois de escolhidas as Especialidades Médicas cujos utentes seriam alvo do Inquérito, deparámo-nos com um grande obstáculo à aplicação do mesmo, uma vez que a efectivação das consultas é realizada em locais diferenciados, consoante a Especialidade Médica que se trata. Neste sentido, não se afigurava possível à investigadora entregar e recolher inquéritos em espaços físicos tão distanciados, tendo que o fazer, Especialidade a Especialidade e, portanto, esta é também uma das causas da baixa amostragem do presente estudo pois, devido a este facto, seria necessário um maior espaço temporal de aplicação do referido instrumento de avaliação. As limitações logísticas verificaram-se também ao nível do próprio preenchimento e recolha do Inquérito, uma vez que não existia um espaço físico próprio para o fazer e, por esse facto, alguns utentes preenchiam-no nos seus joelhos (quando tinham possibilidade de esperar pela consulta sentados) ou encostados à parede (quando nenhuma cadeira da sala de espera se encontrava disponível). Na nossa opinião, não será esta a maneira mais digna de levar a cabo um processo desta natureza mas foi,

³ Esta autorização poderá ser consultada no anexo V.

também ela, a forma possível de proceder à sua aplicação. Relativamente, ainda, a aspectos logísticos, deparámo-nos com outra limitação à referida aplicação. Como referido no início deste trabalho, o preenchimento do referido Inquérito destina-se apenas a utentes de primeira consulta de Especialidade. Ora, esta circunstância, leva também à necessidade de um maior espaço temporal destinado à aplicação dos Inquéritos, uma vez que nem todos os dias nos deparámos com público alvo e, devido a este facto, surgiu a necessidade de pedir a colaboração dos profissionais da Consulta Externa, que diariamente nos forneciam informações relativas a horários e número de utentes de primeiras consultas, de acordo com as Especialidades Médicas alvo do Inquérito. Tornou-se, por esta via, mais fácil saber o melhor local e horário para proceder à aplicação do mesmo, de acordo com as consultas marcadas. Um Inquérito de aplicação geral não atravessaria esta dificuldade, no entanto, não corresponderia ao intuito do nosso estudo.

Relativamente, agora, ao preenchimento do instrumento de avaliação, apresentou-se, a maioria das vezes, como limitação, a extensão do inquérito. Devido a este facto, alguns foram os utentes que não se mostraram disponíveis ao seu preenchimento e outros, porém, sobretudo os de mais idade, aceitaram participar sob condição de ser exposto oralmente e preenchido pela investigadora. Relativamente, ainda, à sua estrutura, a aplicação do inquérito em duas fases – prévia e posterior à consulta – levou a que alguns dos utentes inquiridos, talvez por pressa, não devolvessem a segunda parte devidamente preenchida. Esta é uma verificação que vem ao encontro de algumas das críticas apontadas ao SERVQUAL, o que talvez justifique a razão de alguns investigadores preferirem a aplicação do SERVPERF em determinados serviços, questão que tem sido debatida no seio da literatura (ver, *inter alia*, Cronin & Taylor, 1992). Com efeito, alguns utentes afirmaram que as suas respostas se mantinham iguais às da primeira fase do inquérito, não correspondendo na totalidade ao desafio proposto.

Por fim, podemos ainda mencionar que, apesar de devidamente identificada e de declarar previamente as suas intenções na abordagem a cada utente, a investigadora se deparou com inúmeros e frequentes pedidos de ajuda relativamente a outros aspectos não respeitantes ao seu estudo, por parte dos utentes, por parecer estar mais disponível do que qualquer outro profissional. Apesar das limitações em termos temporais que acabavam por consigo acarretar ao estudo, muitos desses pedidos, por serem facilmente solucionáveis, foram atendidos, uma vez que a satisfação do utente deverá ser, de facto, a motivação de qualquer colaborador no desempenho das suas funções e a causa primordial do presente estudo.

Apesar de todas as limitações acabadas de referir, foram, sempre, encetados esforços para que nenhuma delas inviabilizasse a concretização efectiva do estudo a que nos propusemos. Foram, certamente, os limites com que frequentemente nos deparámos que nos motivaram a mostrar ser possível a sua concretização.

O estudo acabado de apresentar não deve, de facto, ser visto como um processo acabado. Várias razões contribuem para esta nossa afirmação, as quais passamos a expor no presente capítulo.

De facto, por questões burocráticas, não nos foi possível aplicar o instrumento concebido no período inicial do estágio e, por esse facto, essa aplicação decorreu logo depois da obtenção da autorização para tal. Assim, tendo sido tardia e, uma vez que se aproximava a entrega deste Relatório, não nos foi possível a realização de um segundo período de entrevistas aos decisores-chave, de forma a confrontá-los com os resultados obtidos (apesar de os mesmos terem tido deles conhecimento). No entanto, esta tarefa apresenta-se possível de desenvolver numa investigação futura, uma vez que será até fundamental para a concretização de possíveis melhorias na prestação dos serviços.

Outra tarefa de interessante desenvolvimento relaciona-se com um estudo mais aprofundado relativo às diferenças entre os resultados deste e de outros trabalhos, realizados noutros Hospitais. O objectivo seria perceber quais as políticas por eles adoptadas e, se diferentes e apropriadas, aprender com tais boas práticas.

Para além do referido, surge outra pista para uma possível investigação futura: a aplicação do instrumento SERVQUAL aos profissionais do CHBV. Pensa-se que esta possa ser uma interessante e importante tarefa a desenvolver, em momento oportuno, no referido Hospital.

“Não tenhamos pressa, mas não percamos tempo.”

(José Saramago)

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

I. Bibliografia

Alkhalaileh, M.; Hasan, A. A.-H.; Al-Kariri, N. S. & Ibaid, A. H. A. (2017). *Assessing Patients' Satisfaction with the Quality of Ophthalmic Services at Saint John Gaza Eye Clinic. American Journal of Public Health Research*, 5(1), 15–22.

Andrade, A.; Evaristo, C.; Nolasco, I.; Orvalho, J.; Zilhão, M. J.; Ôchoa, P.; Neto, S. (2004). *Programa Qualidade do Ministério da Segurança Social e do Trabalho: Um Modelo Integrado de Aplicação da CAF* (1ª edição). Secretaria-Geral do Ministério da Segurança Social e do Trabalho.

Babakus, E. & Mangold, G. (1992). *Adapting the SERVQUAL Scale to Hospital Services: An Empirical Investlgatlon. HSR: Health Services Research*, 26:6.

Cabete, J.; Lencastre, A.; Apetato, M. & Paiva Lopes, M. J. (2012). *Why Are Our Patients Claiming? Statistics from a Dermatology Clinic. Revista Científica da Ordem dos Médicos. Acta Med Port* 2012 Sep-Oct;25(5):265-270. Disponível em: <http://repositorio.chlc.min-saude.pt/bitstream/10400.17/787/1/AMP%202012%20265.pdf>

Campos, L., Saturno, P. & Carneiro, A.V., (2010). *Plano Nacional de Saúde 2011-2016 - A Qualidade dos Cuidados e dos Serviços*. Disponível em: <http://1nj5ms2lli5hdggbe3mm7ms5.wpengine.netdna-cdn.com/files/2010/07/Q2.pdf>

Cronin, J. & Taylor, S. (1992). *Measuring Service Quality: A Reexamination and Extension. Journal of Marketing*. 56 (3), 55-68.

Dean, A. M. (1999). *The Applicability of SERVQUAL in Different Health Care Environments. Health Marketing Quarterly*. 16:3, 1-21.

Departamento da Qualidade na Saúde – Direção-Geral da Saúde (2014). *Reconhecimento da Qualidade no Serviço Nacional de Saúde*. Disponível em: <http://www.dgs.pt/ms/8/departamento-da-qualidade-na-saude/ficheiros-anexos/acreditacao- -brochura- -modelo-de-acreditacao-do-ministerio-da-saude-pdf.aspx>

Direção-Geral da Saúde (2015). *Plano Nacional de Saúde - Revisão e Extensão a 2020*.

Disponível em: <http://pns.dgs.pt/pns-revisao-e-extensao-a-2020/>

Direção-Geral da Saúde (2017). *Certificação em Saúde*. Disponível em: <https://www.dgs.pt/qualidade-e-seguranca/reconhecimento-da-qualidade/acreditacao-em-saude.aspx>

Escoval, A.; Campos Fernandes, A. (coordenação); Matos, T. T. & Santos, A. T. L. (2010). *Plano Nacional de Saúde 2011-2016 - Cuidados de Saúde Hospitalares*. Disponível em: <http://1nj5ms2lli5hdggbe3mm7ms5.wpengine.netdna-cdn.com/files/2010/08/CSH2.pdf>

França, M.; Escoval, A.; Eiras, M.; Leite, I. & Tito Lívio, A. (2014). *Estarão os Administradores Hospitalares a prestar a devida atenção à Gestão da Qualidade? Projecto DUQuE – Deepening our understanding of quality improvement in Europe*. Revista Gestão Hospitalar. Associação Portuguesa de Administradores Hospitalares. Dezembro de 2014. Pp. 4-9.

Jesuíno, J. C. (1989). *Método Experimental nas Ciências Sociais*. In Silva, A. S. & Pinto, J.M. (organização). *Metodologia das Ciências Sociais*. Porto: Edições Afrontamento. 3ª Edição. Capítulo IX. Pp.215.

Lam, S. S. K. (1997). *SERVQUAL: A tool for measuring patients' opinions of hospital service quality in Hong Kong*. *Total Quality Management*. 8(4), 145-152.

Li, M.; Lowrie, B. D.; Huang, Y. C.; Lu, C. X.; Zhu, C. Y.; Wu, H. X., et al. (2015). *Evaluating patients' perception of service quality at hospitals in nine Chinese cities by use of SERVQUAL scale*. *Asian Pacific Journal of Tropical Biomedicine*. 5:497–504.

Lima, T. M. (2015). *The history of health policies in Portugal: a look at recent trends*. *Research and Networks in Health*. 1, e-1-11.

Lima, R. (2016). *Nível de Satisfação relativamente aos Serviços de Saúde – O caso do Centro Hospitalar De Vila Nova De Gaia/Espinho*. Relatório de Estágio apresentado ao Departamento de Ciências Sociais, Políticas e do Território da Universidade de Aveiro Universidade de Aveiro para cumprimento dos requisitos necessários à obtenção do grau de Mestre em Administração e Gestão Pública.

Madureira, C. (2015). *A reforma da Administração Pública Central no Portugal democrático: do período pós-revolucionário à intervenção da troika*. Revista de

Administração Pública - Rio de Janeiro 49 (3):547-562, Maio/Junho de 2015. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rap/v49n3/0034-7612-rap-49-03-00547.pdf>

Melo, A.; Santinha, G.; Lima, R. (2017). *Measuring the Quality of Health Services According To Gender, Age and Medical Speciality Units Using SERVQUAL: Evidence from Portugal*. Comunicação apresentada na 21st International Research Society on Public Management Conference, Budapest, April 19-21.

Nunes, A. M. & Harfouche, A. P. J. (2015). *A Reforma da Administração Pública aplicada ao Setor da Saúde: A Experiência Portuguesa*. Revista de Gestão em Sistemas de Saúde - RGSS Vol. 4, N. 2. Julho/Dezembro de 2015. Disponível em: <http://spell.org.br/documentos/ver/39499/a-reforma-da-administracao-publica-aplicada-ao-setor-da-saude--a-experiencia-portuguesa>

Nunes, P. M. M. (2012). *A Reforma das Administrações Públicas e a Reforma do Estado: Modelo(s) de Gestão preconizados para as reformas*. Lição apresentada em conformidade com o Relatório estipulado na alínea b) do n.º 5 do Decreto-Lei n.º 239/2007, de 19 de Julho, no âmbito da Unidade Curricular de Modelos de Gestão Pública, curso de 1.º Ciclo. Provas Públicas para obtenção do Título Académico de Agregado em Ciências Empresariais, especialidade de Gestão. Universidade Fernando Pessoa.

OCDE (2015). *Reviews of Health Care Quality: Portugal 2015*. Disponível em: <https://www.dgs.pt/departamento-da-qualidade-na-saude/documentos-e-publicacoes.aspx>

Oliveira, E. R. & Ferreira, P. (2014). *Métodos de Investigação - Da Interrogação à Descoberta Científica*. Porto: Vida Económica.

Papanikolaou V. & Zygiaris, S. (2014). *Service quality perceptions in primary health care centres in Greece*. *Health Expect.* 17(2):197–207.

Parasuraman, A.; Zeithaml, V. A.; & Berry, L. L. (1985). *A conceptual model of service quality and its implications for future research*. *Journal of Marketing*. 49:41–50.

Parasuraman, A.; Zeithaml, V. A.; & Berry, L. L. (1988). *SERVQUAL: A Multiple-Item Scale for Measuring Consumer Perceptions of Service Quality*. *Journal of Retailing*.

Pereira, Z. L. & Requeijo, J. G. (2008). *Qualidade: Planeamento e Controlo Estatístico*

de Processos. Coedição de FCT – Fundação da Faculdade de Ciências e Tecnologias da Universidade Nova de Lisboa. Editora Prefácio.

Pinto, A. & Ribeiro, S. (2006). *Qualidade – Manual Técnico do Formador* (1ª Edição). Nufec – Núcleo de Formação, Estudos e Consultoria.

Pinto, S. & Silva, E. (2013). *Qualidade e satisfação com o serviço de urgência pediátrica: a perspetiva dos acompanhantes das crianças*. Revista de Enfermagem Referência: 2013; III Série - nº 9 - Mar. 2013: pp.95-103. Disponível em: <http://www.scielo.mec.pt/pdf/ref/vserIIIIn9/serIIIIn9a10.pdf>

Quivy, R. & Campenhoudt, L. Van. (1995). *Manuel de recherche en sciences sociales*. Paris: Gradiva. Tradução de João Minhoto Marques, Maria Amália Mendes e Maria Carvalho.

Ramanujam, P. G. (2011). *Service Quality in Health Care Organisations: A Study of Corporate Hospitals in Hyderabad*. *Journal of Health Management*. 13(2) 177–202.

Rocha, J. A. O. (2006). *Gestão da Qualidade Aplicação aos Serviços Públicos*. Escolar Editora.

Rocha, J. A. O. (2011). *Gestão da Qualidade: Aplicação aos Serviços Públicos*. Escolar Editora.

Rosa, M. J.; Moura e Sá, P. & Sarrico, C. (2014). *Qualidade em Acção*. (M. Robalo, Ed.) (1ª edição). Edições Sílabo, Lda.

Santinha, G. A. S. (2014). *Serviços de Interesse Geral e Coesão Territorial: o caso da Saúde*. Tese apresentada à Universidade de Aveiro para cumprimento dos requisitos necessários à obtenção do grau de Doutor em Ciências Sociais.

Silva, A.; Varanda, J.; Nóbrega, S. D. (2004). *Alquimia da Qualidade na Gestão dos Hospitais* (1ª edição). Cascais: Principia, Publicações Universitárias e Científicas, Lda.

Silva, C. A.; Saraiva, M.; Teixeira, A. (Ed.). (2010). *A qualidade numa perspectiva multi e interdisciplinar - Qualidade e Saúde: perspectivas e práticas* (1ª edição). Lisboa: Edições Sílabo, Lda.

Sousa, M. J. & Baptista, C. S. (2011). *Como fazer investigação, dissertações, teses e relatórios segundo Bolonha*. Pactor - Edições de Ciências Sociais e Política

Contemporânea.

Sousa, P. J. S. (2010). *Qualidade em Saúde: da definição de políticas à avaliação de resultados*. In Silva, Carlos Alberto; Saraiva, Margarida; Teixeira, António. (Ed.). (2010). *A qualidade numa perspectiva multi e interdisciplinar - Qualidade e Saúde: perspectivas e práticas* (1ª edição). Lisboa: Edições Sílabo, Lda.

WHO (2017). *Constitution Of The World Health Organization*. Disponível em: <http://apps.who.int/gb/bd/PDF/bd47/EN/constitution-en.pdf?ua=1>

II. Páginas na Internet

American Society for Quality Control (2017) – Portal: <https://asq.org>

Centro Hospitalar do Baixo Vouga (2016) – Portal: <http://www.chbv.min-saude.pt>

Serviço Nacional de Saúde (2016) – Portal: <https://www.sns.gov.pt/sns/servico-nacional-de-saude/>

III. Legislação

Constituição da República Portuguesa (artigo 64º). Disponível em: <http://www.parlamento.pt/Legislacao/Paginas/ConstituicaoRepublicaPortuguesa.aspx>

IV. Documentação Técnica

Regulamento Interno do Centro Hospitalar do Baixo Vouga, E.P.E. (2013). Disponível em: <http://www.chbv.min-saude.pt/wp-content/uploads/2016/11/D1.pdf>

ANEXOS

- I.** Guião de entrevistas aos Decisores-Chave do CHBV
- II.** Instrumento de avaliação da satisfação dos utentes do CHBV
- III.** Inquérito de Satisfação do Utente de acordo com o modelo SERVQUAL
- IV.** Consentimento informado, livre e esclarecido para participação em investigação
- V.** Autorização para o desenvolvimento da investigação

Anexo I

Guião de entrevistas aos Decisores-Chave do CHBV

ENTREVISTAS AOS DECISORES-CHAVE DO CHBV

- **ÂMBITO**

No âmbito da realização de um estágio no Centro Hospitalar do Baixo Vouga, E.P.E. e consequente elaboração de um Relatório para a obtenção do grau de Mestre em Administração e Gestão Pública, pela Universidade de Aveiro, pretende-se desenvolver um projecto sobre a satisfação dos utentes deste Centro Hospitalar. Para tal, será necessário realizar um inquérito aos utentes de serviços, ainda a considerar, do Hospital.

Assim, para a prossecução deste projecto, serão levadas a cabo actividades faseadas. Inicialmente serão entrevistados elementos do Conselho de Administração, Directores de Serviço e Enfermeiros-chefes deste Centro Hospitalar, no sentido de se compreender as suas opiniões acerca do actual sistema de avaliação da satisfação dos utentes. A fase seguinte implicará a construção dos inquéritos de satisfação dos utentes do Centro Hospitalar de acordo com modelos de satisfação de gestão da qualidade, abarcando as observações resultantes das entrevistas aos decisores-chave, realizadas em momento anterior. Posteriormente, proceder-se-á à implementação dos inquéritos aos utentes. Depois de analisados os resultados, deverá realizar-se um novo leque de entrevistas aos decisores-chave, na tentativa de se percecionarem potenciais melhorias a implementar pelos Serviços do Centro Hospitalar.

- **GUIÃO**

O conjunto de entrevistas que serão levadas a cabo aos decisores-chave tem como específico objectivo perceber quais as suas perceções relativamente aos inquéritos de satisfação dos utentes aplicados no passado ano de 2016.

Será garantida a confidencialidade de toda a entrevista.

CARACTERIZAÇÃO DO ENTREVISTADO

Serviço	
Função	
Formação	

1- Tem conhecimento do sistema de avaliação da satisfação dos utentes do CHBV, aplicado em 2016?

SIM ☐ NÃO ☐

2- Em caso afirmativo, sabe qual o seu propósito e como se tem processado?

3- Participou nesse instrumento de avaliação da satisfação dos utentes?

SIM ☐ NÃO ☐

4- Em caso afirmativo, de que forma?

5- Participou, em qualquer outra circunstância, num inquérito desta natureza?

SIM ☐ NÃO ☐

6- Em caso afirmativo, de que forma?

7- Qual a importância que atribui a este instrumento de avaliação para a melhoria da qualidade do seu serviço?

Nenhuma	
Pouca	
Alguma	
Muita	
Imperativa	

8- Teve acesso aos dados recolhidos?

SIM ☐ NÃO ☐

9- Em caso afirmativo, utilizou os dados recolhidos?

SIM ☐ NÃO ☐

10- Em caso afirmativo, como?

11- Qual a sua opinião em relação à importância deste instrumento para o Centro Hospitalar do Baixo Vouga?

Nenhuma	
Pouca	
Alguma	
Muita	
Imperativa	

12- Considera que foram desenvolvidas acções de melhoria a partir dos resultados da aplicação do referido instrumento de avaliação da satisfação dos utentes neste Centro Hospitalar?

SIM ☐ NÃO ☐

13- Em caso afirmativo, como?

14- Face ao exposto, quais as vantagens e desvantagens que identifica no referido instrumento de avaliação da satisfação dos utentes?

15- O que acha que deve ser feito de modo a melhorá-lo?

16- Qual a importância que atribui à realização de inquéritos de satisfação dos utentes?

Nenhuma	
Pouca	
Alguma	
Muita	
Imperativa	

Entrevista realizada a:

_____ de _____ de 2017.

Anexo II

Instrumento de avaliação da satisfação dos utentes do CHBV

QUESTIONÁRIO DE SATISFAÇÃO DOS UTENTES

A procura de uma melhoria contínua dos **serviços prestados** é o principal compromisso assumido por este Centro Hospitalar do Baixo Vouga.

Neste sentido, conhecer o grau de satisfação dos utentes é fundamental. Disso depende a criação de novas alternativas e a oferta de um atendimento cada vez mais eficaz.

Colabore com a nossa organização na prossecução dessa meta, preenchendo este questionário. Tenha presente que pretendemos a sua opinião pessoal e objetiva relativamente aos nossos serviços.

Não **há respostas certas ou erradas** relativamente a qualquer dos itens, pretendendo-se apenas a sua opinião pessoal e sincera.


Este questionário é de natureza **confidencial e anónima**.

A. Serviço? ☐ Urgência ☐ Internamento ☐ Hospital de dia ☐ Consulta

B. Sexo? ☐ Feminino ☐ Masculino

C. Idade? _____ anos


Coloque, por favor, um "X" no quadrado que melhor exprima a sua opinião


D. Admissão					
	Nada satisfeito				Muito satisfeito
Numa escala 1 a 4, em que 1 significa 'nada satisfeito(a)' e 4 significa 'muito satisfeito(a)', indique o seu grau de satisfação em relação:	1	2	3	4	NS/NR*
1. ao acolhimento recebido: cortesia, disponibilidade e competência do pessoal de secretariado.					
2. aos esclarecimentos sobre o acesso e horários das visitas, e sobre outras recomendações.					
3. à informação fornecida sobre a carta de direitos e deveres dos utentes.					

* NS/NR – Não sabe / Não Responde

virar a página para continuar, por favor

QUESTIONÁRIO DE SATISFAÇÃO DOS UTENTES

E. Funcionamento					
	Nada satisfeito				Muito satisfeito
Numa escala 1 a 4, em que 1 significa 'nada satisfeito(a)' e 4 significa 'muito satisfeito(a)', indique o seu grau de satisfação em relação:	1	2	3	4	NS/NR*
4. ao horário das visitas.					
5. ao respeito no atendimento recebido.					
6. à correta identificação dos profissionais (cartão de identificação com nome e função visível).					
7. ao respeito pela sua privacidade.					
8. à confidencialidade das informações do seu processo.					
9. à prestação de informação sobre o consentimento informado quando a sua situação o exigiu.					

F. Interação com os profissionais do Centro Hospitalar					
	Nada satisfeito				Muito satisfeito
Numa escala 1 a 4, em que 1 significa 'nada satisfeito(a)' e 4 significa 'muito satisfeito(a)', indique o seu grau de satisfação em relação:	1	2	3	4	NS/NR*
10. à atenção e disponibilidade demonstradas pelos médicos (disponibilidade para o ouvir e frequência com que verificaram a evolução do seu estado de saúde).					
11. às explicações dadas pelos médicos sobre a doença, os medicamentos prescritos e os exames realizados.					
12. à atenção e disponibilidade dos enfermeiros (à disponibilidade para o ouvir e frequência com que verificaram a evolução do estado de saúde).					
13. às explicações dadas pelos enfermeiros sobre as intervenções de enfermagem realizadas.					
14. à atenção e disponibilidade de outros técnicos de saúde (por exemplo, técnico de radiologia ou fisioterapeuta).					
15. às explicações dadas por outros técnicos de saúde (por exemplo, técnico de radiologia ou fisioterapeuta) sobre as intervenções ou exames realizados.					
16. às assistentes operacionais (quem faz a limpeza, dá a alimentação e o apoiou no internamento ou consulta).					

* NS/NR – Não sabe / Não Responde

virar a página para continuar, por favor

QUESTIONÁRIO DE SATISFAÇÃO DOS UTENTES

G. Alimentação - caso tenha estado internado(a)					
	Nada satisfeito	Muito satisfeito			
Numa escala 1 a 4, em que 1 significa 'nada satisfeito(a)' e 4 significa 'muito satisfeito(a)', indique o seu grau de satisfação em relação:	1	2	3	4	NS/NR*
17. à apresentação das refeições					
18. à variedade das refeições					
19. à quantidade e qualidade da refeição servida					
20. à temperatura a que a refeição é servida					
21. ao atendimento pelas funcionárias que servem as refeições					

H. Instalações					
	Nada satisfeito	Muito satisfeito			
Numa escala 1 a 4, em que 1 significa 'nada satisfeito(a)' e 4 significa 'muito satisfeito(a)', indique o seu grau de satisfação em relação:	1	2	3	4	NS/NR*
22. à limpeza e higiene das instalações.					
23. ao conforto (em termos de temperatura ambiente, ruído, iluminação, etc).					
24. à comodidade das instalações e equipamentos.					

I. Satisfação global					
	Nada satisfeito	Muito satisfeito			
	1	2	3	4	NS/NR*
25. Numa escala 1 a 4, em que 1 significa 'nada satisfeito(a)' e 4 significa 'muito satisfeito(a)', indique o seu grau de satisfação global em relação aos serviços do Centro Hospitalar do Baixo Vouga.					
	Sim			Não	
26. Recomendaria este Serviço aos seus familiares, amigos ou conhecidos?					

* NS/NR – Não sabe / Não Responde

**Todos os serviços possuem uma caixa para deixar as suas sugestões.
Muito obrigado por ter respondido a este questionário!**

Anexo III

Inquérito de Satisfação do Utente segundo o modelo SERVQUAL

INQUÉRITO DE SATISFAÇÃO DO UTENTE

- **Inquérito realizado no âmbito do estudo:** “Avaliação da satisfação dos utentes do Centro Hospitalar do Baixo Vouga, em relação à qualidade dos serviços prestados, através do uso da ferramenta básica SERVQUAL”
- **Público-Alvo:** Utesntes do Centro Hospitalar do Baixo Vouga admitidos à primeira consulta de especialidade, de forma a avaliar as suas expectativas e percepções em relação à mesma.
- **Objectivo:** O presente estudo dará origem à elaboração de um Relatório de Estágio a apresentar à Universidade de Aveiro no âmbito do Mestrado em Administração e Gestão Pública e tem como principal objectivo avaliar a satisfação dos utentes em relação aos serviços prestados pelo Centro Hospitalar.

INSTRUÇÕES DE PREENCHIMENTO:

1. O presente inquérito divide-se em duas partes distintas:
 - A primeira parte deve ser respondida antes da entrada na consulta.
 - A segunda parte deve ser respondida imediatamente após à consulta.
2. Deverá responder de acordo com uma escala de 1 a 7, sendo que 1 corresponde a “DISCORDO TOTALMENTE” e 7 a “CONCORDO TOTALMENTE”.

Em caso de dúvidas ou para mais esclarecimentos, não hesite em questionar-me.

O preenchimento do inquérito é totalmente anónimo e confidencial.

Agradeço, desde já, a sua colaboração.

CARACTERIZAÇÃO DO UTENTE:

Sexo: MASCULINO ☐ FEMININO ☐

Idade: _____ anos

Inquérito referente à consulta de: _____ .

Data: ____/____/ 2017

INQUÉRITO DE SATISFAÇÃO DO UTENTE

PARA PREENCHIMENTO ANTES DA CONSULTA

DISCORDO
TOTALMENTE

CONCORDO
TOTALMENTE

	1	2	3	4	5	6	7
1. O serviço X tem de ter equipamentos modernos.							
2. As instalações do serviço X devem ser visualmente atraentes.							
3. Os funcionários do serviço X devem ter uma aparência cuidada.							
3.1. Administrativo (a)							
3.2. Enfermeiro (a) *							
3.3. Médico (a)							
4. A aparência das instalações físicas do serviço X deve estar de acordo com o tipo de serviços prestados.							
5. Os funcionários do serviço X devem demonstrar simpatia e cortesia.							
5.1. Administrativo (a)							
5.2. Enfermeiro (a) *							
5.3. Médico (a)							
6. Os profissionais do serviço X devem dar a atenção necessária aos utentes.							
7. O serviço X deverá ter um horário de funcionamento conveniente.							
8. Os funcionários do serviço X devem ter em consideração os seus melhores interesses.							
9. Os funcionários do serviço X deverão reconhecer as suas dificuldades.							
10. Os administrativos deverão responder a todas as suas perguntas de forma correcta.							
11. O profissional de saúde deverá explicar-lhe o seu problema e os cuidados a prestar de forma perceptível.							
12. Os funcionários do serviço X deverão prestar o serviço correctamente à primeira vez.							
12.1. Administrativo (a)							
12.2. Enfermeiro (a) *							
12.3. Médico (a)							
13. Os funcionários terão de se mostrar sempre prontos para lhe tirar qualquer dúvida.							
13.1. Administrativo (a)							
13.2. Enfermeiro (a) *							
13.3. Médico (a)							
14. O serviço X deverá prestar os serviços dentro do tempo previamente estabelecido.							
15. O (a) médico (a) que o atender deverá conseguir perceber o que lhe quer transmitir.							
16. No serviço X vai ser garantida a sua privacidade/intimidade.							
17. Os funcionários do serviço X devem ser de confiança.							
17.1. Administrativo (a)							
17.2. Enfermeiro (a) *							
17.3. Médico (a)							
18. Os profissionais de saúde do serviço X devem ser constantemente atenciosos.							
18.1. Administrativo (a)							
18.2. Enfermeiro (a) *							
18.3. Médico (a)							
19. Os profissionais de saúde do serviço X deverão prestar prontamente os serviços.							
20. Os profissionais de saúde do serviço X deverão responder prontamente aos seus pedidos.							
21. Deverá ser-lhe dito quando é que os serviços irão ser executados.							
22. Os funcionários do serviço X deverão ter sempre vontade de o ajudar.							
22.1. Administrativo (a)							
22.2. Enfermeiro (a) *							
22.3. Médico (a)							

* No caso de não precisar de serviços de enfermagem, não responder a esta questão.

PARA PREENCHIMENTO APÓS A CONSULTA:

DISCORDO
TOTALMENTE

CONCORDO
TOTALMENTE

	1	2	3	4	5	6	7
1. O serviço X tem equipamentos modernos.							
2. As instalações do serviço X são visualmente atraentes.							
3. Os funcionários do serviço X têm uma aparência cuidada.							
3.1. Administrativo (a)							
3.2. Enfermeiro (a) *							
3.3. Médico (a)							
4. A aparência das instalações físicas do serviço X está de acordo com o tipo de serviços prestados.							
5. Os funcionários do serviço X demonstraram simpatia e cortesia.							
5.1. Administrativo (a)							
5.2. Enfermeiro (a) *							
5.3. Médico (a)							
6. Os profissionais do serviço X deram-lhe a atenção necessária.							
7. O serviço X tem um horário de funcionamento conveniente.							
8. Os funcionários do serviço X têm em consideração os seus melhores interesses.							
9. Os funcionários do serviço X sabem quais são as suas dificuldades.							
10. Os administrativos responderam a todas as suas perguntas de forma correcta.							
11. O profissional de saúde explicou-lhe o seu problema e os cuidados a prestar de forma perceptível.							
12. Os funcionários do serviço X prestaram o serviço correctamente à primeira vez.							
12.1. Administrativo (a)							
12.2. Enfermeiro (a) *							
12.3. Médico (a)							
13. Os funcionários mostraram-se sempre prontos para lhe tirar qualquer dúvida.							
13.1. Administrativo (a)							
13.2. Enfermeiro (a) *							
13.3. Médico (a)							
14. O serviço X prestou os serviços dentro do tempo previamente estabelecido.							
15. O (a) médico (a) que o atendeu conseguiu perceber o que lhe quis transmitir.							
16. No serviço X foi garantida a sua privacidade/intimidade.							
17. Os funcionários do serviço X são de confiança.							
17.1. Administrativo (a)							
17.2. Enfermeiro (a) *							
17.3. Médico (a)							
18. Os funcionários do serviço X são constantemente atenciosos.							
18.1. Administrativo (a)							
18.2. Enfermeiro (a) *							
18.3. Médico (a)							
19. Os profissionais de saúde do serviço X prestaram prontamente os serviços.							
20. Os profissionais de saúde do serviço X responderam prontamente aos seus pedidos.							
21. Foi-lhe dito quando é que os serviços iriam ser executados.							
22. Os funcionários do serviço X tiveram sempre vontade de o ajudar.							
22.1. Administrativo (a)							
22.2. Enfermeiro (a) *							
22.3. Médico (a)							

* No caso de não precisar de serviços de enfermagem, não responder a esta questão.

Anexo IV

Consentimento informado, livre e esclarecido para participação em investigação

CONSENTIMENTO INFORMADO, LIVRE E ESCLARECIDO PARA PARTICIPAÇÃO EM INVESTIGAÇÃO

em consonância com a Declaração de Helsínquia¹ e a Convenção de Oviedo²

Queira, por favor, ler com atenção a informação que se segue. Em caso de dúvida, não hesite em solicitar mais informações. No caso de concordar com a proposta que lhe é feita, assine, por gentilha, o presente documento.

Título do estudo: Avaliação da satisfação dos utentes do Centro Hospitalar do Baixo Vouga em relação à qualidade dos serviços prestados através do uso da ferramenta básica SERVQUAL.

Âmbito do estudo: O presente estudo decorrerá na Consulta Externa do Centro Hospitalar do Baixo Vouga, E.P.E., no âmbito do Relatório de Estágio relativo ao Mestrado em Administração e Gestão Pública, a apresentar ao Departamento de Ciências Sociais, Políticas e do Território da Universidade de Aveiro, com a orientação do Professor Doutor Gonçalo Alves de Sousa Santinha e da Professora Doutora Ana Isabel Pires Beato Alves de Melo.

Explicação e procedimento do estudo: O presente estudo envolverá o preenchimento de um questionário, pelo utente, aquando da primeira consulta de especialidade. Este será escolhido aleatoriamente. A recolha de dados pretende avaliar as suas perspectivas e percepções em relação ao atendimento que lhe é prestado.

Condições de participação e financiamento: A participação dos utentes revestirá carácter voluntário. Não haverá qualquer tipo de prejuízo assistencial aos utentes que eventualmente se recusem a responder nem qualquer tipo de financiamento ou pagamento de contrapartidas aos que aceitarem participar. O presente estudo foi alvo de parecer favorável da Comissão de Ética do Centro Hospitalar do Baixo Vouga, E.P.E.

Garantia de confidencialidade e anonimato: Serão garantidos a confidencialidade e o anonimato dos participantes. Os dados recolhidos serão usados exclusivamente no âmbito do presente estudo.

Pedido de consentimento para publicação: O presente estudo será alvo de publicação. A confidencialidade dos dados continuará garantida.

Agradecimentos: Agradece-se ao Centro Hospitalar do Baixo Vouga, E.P.E., por proporcionar a realização do presente estudo e aos seus utentes, por se disporem a nele participar.

¹Declaração de Helsínquia da Associação Médica Mundial - Princípios Éticos para a Investigação Médica em Seres Humanos Disponível em:
http://portal.arsnorte.min-saude.pt/portal/page/portal/ARSNorte/Comiss%C3%A3o%20de%20%C3%89tica/Ficheiros/Declaracao_Helsinquia_2008.pdf

² Convenção para a Protecção dos Direitos do Homem e da Dignidade do Ser Humano face às Aplicações da Biologia e da Medicina: Convenção sobre os Direitos do Homem e a Biomedicina. Disponível em:
<http://dre.pt/pdf1sdip/2001/01/002A00/00140036.pdf>

Identificação do Investigador

Nome:	Soraia dos Santos Carvalho.
Nº Cédula Profissional:	Não aplicável.
Assinatura:	

Identificação da pessoa que pede o consentimento (caso não seja o investigador)

Nome:	
Nº Cédula Profissional:	
Assinatura:	

Declaro ter lido e compreendido o presente documento, assim como entendido as informações que me foram prestadas verbalmente por quem acima se identifica e assina. Estou também informado acerca das garantias de confidencialidade e anonimato e da possibilidade de, em qualquer altura, recusar participar no presente estudo sem qualquer tipo de consequências. Assim, aceito participar no presente estudo assim como autorizo a utilização dos dados que, de forma voluntária, forneço.

Nome:	
Processo Clínico:	Não aplicável.
Assinatura:	
Data:	

Identificação da pessoa que assina, caso não possa ser o próprio (por menoridade ou incapacidade)

Se o menor tiver discernimento deve também assinar, se consentir.

Nome:	
Nº Identificação:	
Validade:	
Grau de Parentesco:	
Tipo de Representação:	
Assinatura:	

Anexo V

Autorização para o desenvolvimento da investigação

Avenida Artur Ravara – 3814-501 AVEIRO
Tel. 234 378 300 – Fax 234 378 395
sec-geral@chbv.min-saude.pt
Matricula na Conservatória do Registo Comercial
de Aveiro
Capital Social 40.284.651 €
Pessoa Colectiva nº 510 123 210

Exma. Senhora
Dra. Soraia Carvalho
Soraia.carvalho@ua.pt

S/ Ref.ª

S/ Comunicação de

N/ Ref.ª 080225

Aveiro, 12.07.2017

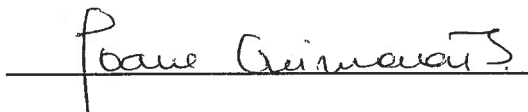
ASSUNTO: Resposta ao VI Pedido de confirmação para a realização de estudo no CHBV, E.P.E.

Em resposta à V/ solicitação para desenvolver um estudo relativo à avaliação da satisfação dos utentes, vimos, pelo presente, informar que por deliberação do Conselho de Administração, nesta data, se encontra autorizado o pedido formulado.

Nesse sentido, solicitamos a V. Exa se digne enviar um relatório final ao Serviço de Investigação e Formação do CHBV, E.P.E.

Com os melhores cumprimentos,

A Diretora do Serviço de Investigação e Formação



(Dra. Joana Guimarães)

Na resposta indicar o número e as referências deste documento. Em cada ofício tratar só de um assunto.